UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936. — N° 100

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES HYDATIQUES MUSCULAIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 11 mars 1936

PAR

Jean DUCOURNAU

Né à SORE (Landes), le 12 septembre 1909

Examinateurs de la Thèse

MM. PAPIN, professeur ..... *Président.*
DUVERGEY, professeur .....
JEANNENEY, professeur ..... *Juges.*
PIÉCHAUD, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly
—
1936

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543912_0023

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936. — N° 100

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES HYDATIQUES MUSCULAIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 11 mars 1936

PAR

Jean DUCOURNAU

Né à SORE (Landes), le 12 septembre 1909

Examinateurs de la Thèse

MM. PAPIN, professeur..... *Président.*
DUVERGEY, professeur.....
JEANNENEY, professeur..... *Juges.*
PIÉCHAUD, agrégé.....

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly
—
1936

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale	BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Anatomie pathol. et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique	C. SIGALAS.
Anatomie	VILLEMIN	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	DUPOUY.	Clinique dentaire	DUBECQ

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	N.	Chirurgie générale	CHARRIER.
id.	DUFOUR.	id.	LOUBAT.
Physiologie	FABRE.	Obstétrique	RIVIÈRE.
Médecine générale	DAMADE.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	PIÉCHAUD.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	DELMAS-MARSALET.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	DE GRAILLY.	Physique médicale	WANGERMEZ.
id.	FONTAN.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Physiologie	FABRE.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Médecine opératoire	PAPIN.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Accouchements	RIVIÈRE.	Botanique	GIRARD.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Médecine légale	DERVILLÉE.
Puériculture	FAUGÈRE.	Pactériologie	MOUREAU.
Pharmacie chimique	VITTE.	Urologie	DARGET.

Ophtalmologie ..... MM. CABANNES (en congé).

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MEMOIRE DE MA SŒUR

Enlevée trop tôt à mon affection.

A MES PARENTS

Humble témoignage de mon amour filial et de ma respectueuse reconnaissance pour tous leurs sacrifices à mon égard.

A TOUS MES AMIS

A Monsieur le Docteur DEVE

Professeur à l'Ecole de Médecine de Rouen.

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MES JUGES

A Monsieur le Professeur agrégé F. PIECHAUD

Médecin des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier d'Académie.

Auprès de qui nous avons toujours trouvé l'accueil le plus favorable, dont l'aide et les conseils ne nous ont jamais fait défaut.

Nous tenons à lui adresser ici nos remerciements et à l'assurer de notre reconnaissance pour la paternelle bienveillance qu'il nous a témoignée.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. PAPIN

Chargé du cours de Médecine opératoire,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de la Société nationale de chirurgie,
Membre de la Société internationale de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Qu'il nous soit permis de le remercier du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse, dont il nous a fourni le sujet.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES HYDATIQUES MUSCULAIRES

AVANT-PROPOS

Ce sujet, inspiré par M. le Professeur F. Papin, nous a d'abord intrigué, puis captivé. Nous pensons que l'observation qui est à la base de notre travail présente des faits intéressants méritant leur étude.

Nous tenons à remercier M. le Professeur Dévé de nous avoir aimablement prodigué ses conseils, ainsi que les Maîtres de notre Faculté qui ont bien voulu prendre notre thèse en considération.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les kystes hydatiques ont du être observés dès la plus haute antiquité, puisqu'on en retrouve la mention dans les premiers ouvrages qui furent écrits sur l'art de guérir; mais il faut arriver au commencement du XVIII[e] siècle pour rencontrer, dans la littérature médicale, la première relation d'un fait authentique de kyste hydatique musculaire. Il fut opéré le 2 octobre 1699, à Rotterdam, par Godefroy Bidloo, qui en donne la narration dans ses *Décades des exercices anatomo-chirurgicaux* (1708). Près d'un siècle s'écoulera avant que l'on retrouve la relation d'un cas probant. Ce fait, dû à Jaunin, chirurgien à Vallières, est consigné dans le *Journal de Sédillot* pour l'année 1805; il fut lu à la Société de Médecine le 17 floréal an XIII. Puis, petit à petit viennent successivement s'ajouter les faits de Baird (1821), John Baron, Mélier (1825), Gröfe (1827), Andral (1829), Held (1830) et Dupuytren (1833). Notons que, dans ce dernier cas, le grand chirurgien fit, en l'absence de tout signe pathognomonique et sans le secours d'une ponction exploratrice préalable, fit, disons-nous, le diagnostic de kyste hydatique du biceps, ce qui fut vérifié par l'opération.

A partir de cette époque, parmi les observateurs nous citerons les noms de : Legrand, Nélaton, Adams, Velpeau, Panat, Krabbe, Dumoulin, Soulé, Jackson, Delpech, Chance, Blandin, Lawrence, Sanné, Critchett, Thomas Bryant, Frueth, Stantley.

En 1865, M. Fernet fut chargé de faire un rapport à la

Société anatomique et réunit 2 cas inédits et 6 autres. L'année suivante, Desprès, dans sa thèse d'agrégation sur les tumeurs des mucles, consacre un important chapitre aux kystes hydatiques intramusculaires et rapporta 5 cas nouveaux.

En 1869 paraît la première thèse limitée à l'étude de ces tumeurs; elle est due à Orrillard, qui signale 30 faits. Bergmann, dans son travail sur le diagnostic et le traitement des kystes hydatiques externes (1870-1871), trouve 48 fois des kystes musculaires.

Marguet rapporte, en 1888, 130 observations, sur lesquelles 25 sont inédites, ainsi que de nombreux faits personnels.

Depuis, Behrendsen, Rosenthal, Muller, ont repris la question; Villard (1891), Bertelé (1897), se sont attachés à l'étude des kystes hydatiques localisés dans diverses régions musculaires. Cros (1898) ajoute 20 cas aux 130 de la thèse de Marguet.

Herrera Vega et Cranvell (1901), sur 970 kystes hydatiques qui constituent leur statistique globale, signalent 40 localisations dans les muscles.

En 1913, au Congrès de chirurgie de Paris, le Professeur Guyot, de Bordeaux, traite la question des kystes hydatiques du sterno-cléido-mastoïdien à l'occasion d'un malade dont nous rapportons l'observation.

Kuttner, jusqu'à 1913, a trouvé 200 cas de kystes hydatiques musculaires, qu'il a notés dans son *Traité de chirurgie*.

Pedro Belou, fouillant la littérature sud-américaine de 1904 à 1912, n'a mentionné cette localisation que 7 fois.

Les thèses sur cette question ne sont pas très nombreuses depuis; nous notons, parmi les plus intéressantes : Beauchamp (Montpellier, 1908-1909), Calandreau (Bordeaux, 1918-1919).

Lasserre, en 1923, publie un travail où il réunit 26 observations de kystes hydatiques de la masse musculaire sacro-lombaire.

En 1925, Rodriguez Villegas, dans la *Revista de Cirurgia*

de Buenos-Ayres, mentionne 69 cas de localisations musculaires tirés de la littérature sud-américaine.

Tagliavacchi, dans la *Pressa medica argentina* de 1925, a pu constater 3 cas personnels : du sterno-cléido-mastoïdien, du grand dorsal et du tenseur du fascia lata.

Dans l'index bibliographique, nous notons divers auteurs, certains à qui nous avons emprunté des observations. Les médecins de l'Afrique du Nord, qui ont une grande expérience de la « maladie hydatique », se sont occupés, à l'occasion des Congrès annuels de la Fédération des sciences médicales d'Algérie, de Tunisie et du Maroc, de la localisation musculaire.

En 1935, le Docteur Crozes, sur une période de cinq années, a constaté, à l'Hôpital Mauchamp (Marrakech), 11 cas de kystes hydatiques, dont 4 localisations musculaires.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

Le *tænia echinococcus*, agent du kyste hydatique, vit à l'état adulte dans l'intestin de divers animaux, en particulier du chien, du loup, moins souvent du chat, et à l'état larvaire chez l'homme, comme aussi chez un grand nombre d'herbivores, en premier lieu le mouton, sans oublier les bovidés.

Ce petit ver, plat, mesure 5 à 6 millimètres de longueur sur un demi-millimètre de largeur; il est formé de trois anneaux, avec un cou très court, une tête de un tiers de millimètre de largeur, celle-ci munie de quatre ventouses et d'un rostre saillant porteur de 25 à 50 crochets.

Des trois anneaux, le dernier, le plus volumineux, est égal à la moitié de la longueur totale du ver et contient les œufs, environ 500. Chaque œuf mesure 0,003 à 0,0035 de millimètre; il comprend un embryon hexacanthe (ainsi nommé à cause des six spicules dont il est muni), entouré d'une coque dure et chitineuse, qui explique sa résistance lorsqu'il a été expulsé avec les matières fécales du chien et est tombé sur le sol.

Il y a pour l'homme divers modes d'infestation : directe par les légumes, les fruits, l'eau de boisson; mais plus couramment indirecte, par la cohabitation avec des chiens à qui on donne à lécher les plats, les assiettes, insuffisamment lavés ensuite. Aussi parce que pas mal de personnes autorisent les caniches à leur lécher les mains ou le visage.

Les chiens porteurs de *tænia echinococcus* ressentent au

niveau de l'anus un vif prurit lorsque se fait l'expulsion des œufs, qui les incite à y porter leur langue; il font ainsi la récolte des embryons. Même à l'état normal, le chien a la déplorable habitude de lécher sa région anale ou celle de ses congénères, faisant ainsi ample provision d'œufs qu'il emporte sur sa langue ou les poils qui ornent son museau.

Les bergers landais savent bien que lorsque leur compagnon trouve le cadavre d'une brebis ou d'un mouton enfoui dans le sol, son premier soin est de le déterrer, puis il s'en repaît, pour ensuite se rouler sur les reliefs du festin.

Les pays d'élevage sont par excellence les endroits où l'on rencontrera la maladie hydatique, Amérique du Sud, Australie, Afrique du Nord, Italie, Allemagne, Islande, etc. Notre région des Landes pourvoit abondamment en kystes hydatiques les hôpitaux de Bordeaux.

L'âge entre en cause; c'est dans la période la plus active de la vie, entre 20 et 30 ans, que les kystes hydatiques des muscles se montrent avec une remarquable prédominance. Ceci malgré la constatation qui en a été faite chez une fillette de 9 ans dans l'observation de Bouquet.

Le sexe ne serait pas indifférent : Marguet a trouvé 4 femmes pour 3 hommes; nous ne retrouvons pas cette proportion dans les cas cités par nous, mais 12 hommes pour 8 femmes, sans attacher d'ailleurs d'importance à cette constatation.

La profession a certainement une influence qui sera plus développée à propos du diagnostic.

L'hérédité n'a aucune importance, bien que le Professeur Guyot ait noté que R... (J.) avait une de ses tantes morte d'un volumineux kyste du foie.

Les conditions d'existence méritent d'attirer notre attention. Dans les pays d'Angleterre, les pauvres seraient plus souvent frappés que les riches, par le fait, dit Budd, qu'ils habitent souvent des maisons basses et humides, se nourrissant en grande partie de végétaux.

Il est intéressant d'étudier la fréquence de la localisation

Dans la statistique de Davies Thomas, faite en Australie, nous voyons que le siège musculaire est relativement rare : 1,90 p. 100.

Foie, 59,65 p. 100;
Poumon, 16,41 p. 100;
Péritoine, 2,55 p. 100;
Muscles, 1,90 p. 100.

Cette statistique est ancienne (1881). Les moyens biologiques de diagnostic qui sont utilisés ont montré la plus grande fréquence des kystes hydatiques musculaires, et nous leur voyons tenir une place plus importante dans la statistique de Dévé (1913) :

Foie, 74,9 p. 100;
Poumon, 8,5 p. 100;
Muscles, 5,7 p. 100;
Autres localisations, 10,9 p. 100.

Dévé tire ses conclusions de l'examen de huit statistiques : Vegas et Cranwell (1901), Pericic (1905), Ribera y Sans (1905), Becker (1907), Duprat (1908), Cranwell et Vegas (1910), Magnusson (1912) et sa statistique personnelle, sur un ensemble de 2.727 cas.

Martin et Arnaud constatent que la proportion des sièges anormaux est considérable au Maroc, puisqu'elle atteint 44 p. 100, soit pour la localisation musculaire 11,40 p. 100.

Foie, 49,70 p. 100;
Mésentère, épiploons, petit bassin, 16 p. 100;
Muscles, 11,40 p. 100;
Poumon, 7,60 p. 100.

Enfin, la statistique de Marrakech : sur 11 cas de kystes hydatiques vus dans les cinq dernières années, il y en avait 6 dans le foie, 4 dans les muscles et 1 dans le mésentère.

La conclusion est que la localisation musculaire des kystes hydatiques est loin d'être une rareté, comme on l'a cru longtemps.

CHAPITRE III

PATHOGENIE

L'œuf, ingéré par l'homme, véhiculé par les aliments, arrive dans l'estomac; il perd sa coque, qui est dissoute par le suc gastrique, mettant ainsi en liberté l'embryon hexacanthe. Celui-ci perfore la muqueuse intestinale, tombe dans une veine du système porte qui le mène au foie, lieu d'élection des kystes hydatiques. L'embryon peut franchir la barrière hépatique, passe par les veines sus-hépatiques, la veine cave inférieure, arrive au cœur droit, qui l'envoie dans la circulation pulmonaire; c'est le deuxième barrage. Dans les cas où il est franchi, le transport se fait par le sang au cœur gauche et dans la circulation générale. On comprend bien ainsi que l'embryon puisse se localiser dans n'importe quelle partie de l'économie.

Il faut signaler cependant que, grâce aux anastomoses du système de Retzius, la migration peut se faire jusqu'au cœur droit sans passer par l'obstacle hépatique.

Nous n'oublierons pas que l'embryon peut emprunter les voies chylifères et, par le canal thoracique, aller au cœur.

Ceci résume la théorie circulatoire, qui est actuellement la seule admise, et nous ne citerons que pour mémoire les assertions de Ballet, qui croyait que le parasite se frayait un chemin par ses propres moyens, à travers les tissus, jusqu'à l'organe sur lequel il se fixe. Cet auteur se basait sur l'examen microscopique de fragments de foie, de poumon et de cerveau d'animaux infectés. A la surface de ces organes, il avait vu des sillons, dus au passage du parasite.

a) *Raisons de la localisation musculaire.*

Il n'est pas étonnant de voir les muscles occuper un rang élevé dans le tableau comparatif des organes affectés, si l'on songe que le tissu musculaire représente les deux cinquièmes de la masse totale du corps et qu'il est, après le tissu hépatique, le plus vasculaire de l'organisme. Lorsque l'embryon s'engage dans les capillaires très ténus, il rencontre un obstacle particulièrement difficile à franchir. En effet, le diamètre du réseau capillaire musculaire est d'environ 17 μ (Ranvier), alors que celui de l'embryon hexacanthe est de 30 μ.

Il n'est pas négligeable de savoir que les parasites sont doués de mouvements. Van Beneven les vit avancer dans le champ de sa préparation grâce aux mouvements de leurs crochets, pénétrer entre les débris ou dans les tissus qui les entouraient. Leur corps est mou, souple, dépressible, de telle sorte qu'il peut s'étirer comme à la filière et progresser dans les capillaires, aidé dans ses mouvements propres par la vis à tergo du sang veineux.

Marguet admet, d'autre part, que les chances d'invasion musculaire augmentent avec l'activité habituelle des muscles par augmentation de la circulation, d'où appel du parasite. et par production de chaleur favorisant son développement.

Tous les muscles ne sont pas atteints avec la même fréquence. Quelles sont donc les raisons qui président à l'arrivée de l'embryon dans une masse musculaire plutôt que dans une autre ? Il n'est pas niable que c'est dans les « muscles travailleurs » (Roeseler) que l'échinocoque s'installe avec prédilection. .

b) *Rôle du traumatisme.*

Les auteurs ont été frappés, cela depuis longtemps, du fait que les kystes hydatiques musculaires étaient précédés de quelque violence extérieure. Marguet, dans sa thèse, en parle longuement et pense qu'il y aurait dans le muscle con-

tus des phénomènes de vaso-constriction, puis de vaso-dilatation. Il conclut : dans la première phase, l'embryon est arrêté; dans la seconde, il trouve réalisées les conditions de fixation et de développement.

Bertelé, admettant l'influence du traumatisme, explique son action d'une autre manière : il s'agirait d'hématomes consécutifs à des ruptures fibrillaires dans lesquels l'embryon trouve d'excellentes conditions de développement.

Picardi, dans une de nos observations, pense que le traumatisme, du fait des nombreuses chutes de cheval de son malade, a eu une action localisante pour l'échinocoque.

Dévé, au contraire, ne croit pas qu'il faille tirer de conclusions du fait du traumatisme. En effet, dans la plupart des observations invoquées, le traumatisme est signalé comme survenu quelques mois avant la découverte de la tumeur; mais celle-ci était déjà développée. « On a oublié trop souvent qu'un kyste hydatique atteint tout au plus : au bout d'un an, la taille d'une noisette; au bout de deux ans, celle d'une noix; au bout de trois ans, celle d'un œuf ou d'une mandarine. » (Dévé.)

En conclusion, il faut penser qu'entre la constatation de la tumeur et le traumatisme incriminé, il n'y a le plus souvent qu'une pure coïncidence; c'est ce qui s'observe d'ailleurs à propos d'autres tumeurs. Tout au plus le traumatisme peut-il donner un coup de fouet dans le développement d'un kyste préexistant, révélant parfois celui-ci, mais aussi, parfois, occasionnant secondairement sa suppuration ou sa dissémination.

Toole, d'Athènes, a publié un cas de kyste hydatique des muscles fessiers consécutif à la morsure d'un chien; Dor, de Marseille, a cité un cas à peu près identique; il ne semble pas qu'il faille voir là un fait pathogénique précis duquel on puisse conclure à l'infestation directe.

Signalons enfin les possibilités d'infiltration échinococcique extra-osseuse. Dévé dit à ce sujet : il est certain qu'on peut voir la prolifération vésiculaire diffuse et active se

poursuivre loin de la lésion osseuse originelle. C'est ainsi que, dans un cas d'échinococcose primitive de l'os iliaque, nous l'avons vue, ayant colonisé de proche en proche dans les muscles para-vertébraux, gagner l'intérieur du canal rachidien, à travers les trous de conjugaison, indépendamment de tout relai osseux, de toute atteinte de la colonne vertébrale.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les kystes hydatiques musculaires ont été rencontrés dans toutes les régions superficielles ou profondes du corps, même aux mains; Guttierez en cite un cas du *fléchisseur commun profond des doigts*. Mais ils se présentent avec un degré de fréquence très variable suivant les régions et même suivant des régions très voisines. Ainsi, très fréquents à la cuisse, ils sont extrêmement rares à la jambe; on peut en dire autant des deux principaux segments du membre supérieur : fréquents au bras, rares à l'avant-bras.

Il semble, en outre, que les kystes hydatiques musculaires affectent pour certains muscles une *prédilection marquée;* les plus atteints sont : les adducteurs, les muscles spinaux, le quadriceps crural, les fessiers, le biceps, les pectoraux, le trapèze, le deltoïde. Puis, moins souvent intéressés, ont été signalés le temporal et les muscles de la paroi abdominale.

Par rapport aux muscles, le kyste peut occuper deux *positions;* ou bien enfoui au sein même des fibres musculaires striées qui l'enveloppent de toutes parts : « kyste hydatique intramusculaire »; ou bien situé tout à fait à la périphérie de la masse charnue, à la surface de laquelle il semble émerger, bien que toujours sous-jacent à l'aponévrose d'enveloppe du muscle : « kyste hydatique périmusculaire ». Entre ces deux positions extrêmes, il existe toute une gamme de positions intermédiaires.

Le *volume* des kystes hydatiques musculaires est des plus variables; on en a trouvé qui étaient à peine visibles à l'œil

nu, d'autres qui présentaient d'énormes dimensions : le volume d'une tête d'adulte, dit Cros dans une de ses observations.

Le kyste est loin de revêtir dans tous les cas la *forme* sphérique globuleuse, classiquement décrite. La configuration s'éloigne sensiblement de cette forme typique. Il est normal de penser avec Marguet que le kyste, en augmentant de volume, rencontre des résistances plus ou moins faciles à vaincre qui modifient ses caractères primitifs.

Toutefois, malgré la variété des formes des kystes hydatiques musculaires, celles qui ont été le plus souvent notées sont : ovoïde ou oblongue; sphérique ou globuleuse, même fusiforme lorsque des kystes très volumineux se développent dans les longs segments d'un membre comme la cuisse. Cette configuration n'a rien de géométrique; il s'agit de la tumeur prise dans son ensemble; en réalité cette forme est altérée par quelques bosselures, sillons ou diverticules plus ou moins accusés.

Dans les cas où les diverticules sont un peu allongés et subissent à leur point d'émergence de la masse principale une sorte de resserrement, la forme extérieure et intérieure de la tumeur change complètement; il s'est formé des poches secondaires s'ouvrant dans la cavité principale et, dans son ensemble ainsi modifié, la production morbide représente un kyste multiloculaire. Dans ces kystes, un processus fibreux de cloisonnement intervient parfois, créant un grand nombre de logettes.

Lorsque le kyste est multiloculaire, la paroi interne est souvent des plus accidentées; on y trouve des lames fibreuses qui répondent ordinairement aux dépressions externes et qui affectent les dispositions et les formes les plus variées; tantôt elles sont arciformes, tantôt circulaires, d'autres fois elles forment une sorte de diaphragme, enfin il en est qui se réduisent à de simples tractus, larges et épais.

Il semble que les dispositions anatomiques tiennent dans une certaine mesure sous leur dépendance la configuration

des kystes hydatiques musculaires qui se présentent sous la *forme uni ou multiloculaire* plus ou moins modifiée.

Toute vésicule hydatique se développant dans le muscle l'irrite et détermine la formation d'une capsule de tissu conjonctif, à laquelle nous réserverons le nom de kyste, comme l'indique Dévé; il y aura donc lieu de considérer, au point de vue microscopique, le parasite proprement dit et le kyste qui l'entoure.

a) *Le parasite.*

Lorsque l'embryon hexacanthe s'est fixé dans le muscle, il perd ses crochets et sécrète autour de lui une enveloppe dans laquelle il s'enkyste et s'invagine. Ainsi est constituée une vésicule hydatique qui est formée d'une couche interne, *germinative*, se réduisant à une mince pellicule, plasmodiale, nucléée et glycogénée (Brault et Lœper). Cette membrane germinative est la partie la plus active de l'échinocoque. La réaction glycogénée ne paraît appartenir qu'aux kystes vivants (Brault).

La *couche externe*, ou cuticule, peut atteindre jusqu'à 1 millimètre d'épaisseur; elle est blanchâtre ou blanc jaunâtre et formée d'un grand nombre de lamelles excentriques; elle est plus épaisse chez les échinocoques fertiles que chez les échinocoques stériles. Chimiquement, elle est constituée surtout par de la chitine mélangée à des sels calcaires (carbonates, phosphates, sulfates) chez les jeunes vésicules. Elle est perméable et se prête aux phénomènes osmotiques.

Le *liquide* qui remplit la vésicule est habituellement limpide, eau de roche, de faible densité, neutre, ne coagulant pas par la chaleur; avec parfois des traces d'albumine, il renferme une forte proportion de NaCl (8 p. 1.000), de petites quantités de succinate de soude et de chaux, un peu de glucose et d'inosite; on y a trouvé d'une façon moins constante de la cholestérine, de la leucine, de la tyrosine.

Pour Gubler, la présence d'albumine signifierait la mort des hydatides.

Le liquide renferme aussi une substance toxique du groupe des toxalbumines, cause de l'intoxication hydatique.

Le développement de l'échinocoque peut s'arrêter à ce stade; il est alors stérile ou acéphalocyste (Laënnec). Mais souvent il se forme sur la face interne de la membrane germinale des vésicules proligères dans lesquelles prennent naissance des scolex, mis en liberté par la rupture de la vésicule proligère.

Le *sable hydatique* est constitué par des vésicules proligères ou leur débris, des scolex invaginés ou dévaginés, en involution ou morts.

Dévé distingue deux variétés : les *ortho-scolex*, qui présentent une grande vitalité et sont richement glycogénés; les *méta-scolex*, qui présentent une grande fragilité et sont toujours privés de glycogène.

A noter aussi la possibilité d'apparition de vésicules filles d'origines diverses, de vésicules petites-filles qui sont capables de développer à leur intérieur des vésicules proligères dans lesquelles apparaissent des têtes de ténia.

b) **Le kyste adventif.**

La paroi du kyste adventif est constituée par une trame de tissu conjonctif plus ou moins épaisse, de texture variable, mais en général lamelliforme; cette trame, dense et serrée à la périphérie, devient de moins en moins compacte à mesure que l'on se rapproche de la face interne où elle est représentée par du tissu embryonnaire, lequel est immédiatement en rapport avec la vésicule hydatique. Le tissu conjonctif est parcouru par de nombreux vaisseaux néoformés.

A la section, cette paroi blanc jaunâtre a une épaisseur de 2 à 5 millimètres et une consistance ferme. Le muscle, par un *processus toxique, inflammatoire et mécanique*, subit une transformation fibreuse; il y a même parfois destruction des fibres musculaires, alors qu'on a pu les voir implantées sur le kyste et faisant bloc avec lui.

Dans cette coque fibreuse, on a observé des *points d'incrustation calcaire* (Bertelé). Nous verrons dans l'observation de Jauregui que ce processus peut aller jusqu'à la *calcification*.

L'adhérence entre la membrane adventice et la vésicule n'est pas très grande; le clivage est possible, sauf si des phénomènes inflammatoires sont surajoutés ou si la collection a subi une régression avancée. Ce dernier fait est assez rare; nous ne l'avons pas noté dans les cas que nous rapportons.

La *métamorphose régressive* du kyste est un processus de guérison spontanée qui se manifeste par une infiltration leucocytaire périkystique (Bertelé). La paroi de l'hydatide est dissociée, le liquide devient opalescent, s'épaissit et aboutit à la formation d'un magma butyreux.

Voici le compte rendu anatomo-pathologique du kyste hydatique calcifié de l'observation VIII.

La membrane périhydatique se présente très hypertrophiée et dure à la section. Nous observons dans les préparations microscopiques une zone externe (zone fibreuse externe ou fibroparenchymateuse de Dévé), constituée par du tissu conjonctif fasciculaire compact, à noyaux cellulaires peu abondants et protoplasma en dégénérescence hyaline, mais qui permet, même au moyen de la coloration de Van Gieson et, mieux, des méthodes trichromiques de Masson, de reconnaître les fibrilles protoplasmiques. Parmi les fascicules s'observent des vaisseaux de néoformation, à parois très minces.

Ce tissu perd peu à peu ses noyaux jusqu'à la formation d'un bloc compact, clairement fascilaire, qui ressemble au tissu de la cornée. Le protoplasma est homogène, sans fibrilles, et ne s'observent ni noyaux, ni vaisseaux. Dévé attribue un rôle important à cette avascularité, car l'absence de l'irrigation sanguine détermine la nécrose de la zone appelée « juxtaparasitaire » et une calcification secondaire. Parmi ces masses vitreuses amorphes s'observent des nodules cellulaires, restes peut-être d'un processus inflammatoire.

On observe, dans le protoplasma, un fin précipité granuleux fortement coloré par l'hématoxyline ferrique, ayant les

caractères morphologiques des substances calciques. Ces fines granulations augmentent peu à peu jusqu'à la formation de plaques.

Le Professeur Sabrazès a indiqué, en 1903, que « l'éosinophilie symptomatique des kystes hydatiques s'observe non seulement dans le sang, mais encore localement dans l'atmosphère conjonctive qui circonscrit la membrane parasitaire ». Cette éosinophilie locale avait été observée par l'auteur bordelais au niveau d'un kyste musculaire ancien, en voie de régression, rempli de vésicules-filles et contenant un liquide louche, grumeleux. Dans ce cas, « l'intensité de l'éosinophilie locale l'emportait de beaucoup sur l'éosinophilie révélée par l'examen du sang ».

Dévé a, lui aussi, constaté, dans un kyste hydatique musculaire récidivé, une éosinophilie particulièrement abondante, non seulement dans l'atmosphère fibreuse du parasite, mais dans la sérosité trouble qui baignait la poche.

Mandillon signale dans son observation qu'il a trouvé, dans le tissu dur et lardacé qui entoure la vésicule hydatique, des cellules géantes à l'examen microscopique; ce fait avait déjà été signalé par Lecène dans une observation de cysticerque du muscle masséter : les coupes portant sur la paroi, épaisse de plusieurs millimètres, de la poche kystique montrent qu'elle est formée de tissu conjonctif jeune, vasculaire, bourré de cellules géantes multinucléées.

Jean Bertin note l'adhérence étroite de la membrane avec le tissu musculaire; les fibres musculaires sont raréfiées et étalées sur la tumeur; en certains points elles présentent un degré marqué de myosite.

Le Professeur Guyot spécifie qu'il n'y a pas de myosite dans le kyste hydatique du sterno-cléido-mastoïdien opéré par lui.

Fréquemment, ces kystes hydatiques sont transformés par une suppuration, qui, dans l'observation I, était très avancée. Nous n'en voulons pour preuve que l'examen anatomopathologique fait par M. le Professeur Sabrazès, qui a cons-

taté surtout des foyers de nécrose avec des macrophages et lipophages. Il élimine l'hypothèse de néoplasme, mais ne peut fournir aucun diagnostic certain.

La masse tumorale, qui s'effrite presque sous une pression un peu forte, dans laquelle on ne trouve nulle part d'élément hydatique reconnaissable, pas même à l'examen microscopique, aurait pu laisser supposer que le *parasite était mort* à son intérieur; la suite de l'histoire de la malade ne nous laisse à ce sujet aucun doute. Il y eut, en effet, récidive au niveau de la région pectorale; il y avait aussi dans la gouttière des vaisseaux huméraux deux ou trois petits kystes, et cette fois leur aspect à l'intervention était typique, cela un an environ après la première opération; la récidive nouvelle se produira à moins d'une année et nécessitera un troisième séjour à l'hôpital.

Bl... (Armande), revue ces derniers temps, paraît guérie cliniquement de sa maladie hydatique.

Les kystes hydatiques musculaires des animaux.

Chez les animaux, le tissu musculaire représente une localisation rare des échinocoques : on ne connaît qu'un petit nombre d'observations les signalant chez le cheval, le porc et le bœuf; c'est chez le cheval qu'ils ont été surtout rencontrés : ils se trouvaient dans un abcès de la fosse temporale (Kirkman); contre la paroi du thorax et les attaches du diaphragme (Goubaux); dans la région des côtes, où ils formaient une tumeur qui persista sept ans et guérit après avoir, à plusieurs reprises, laissé échapper des vésicules (Raymond); au-dessous des apophyses transverses des 2e à 5e vertèbres lombaires d'un vieux cheval qui avait boité subitement; à ce niveau, il y avait une volumineuse tumeur pesant 4 kg. 500, bosselée, d'aspect sarcomateux, renfermant des milliers d'échinocoques agglomérés; le grand et le petit psoas droits avaient perdu presque toutes les fibres, les apophyses transverses des 2e et 4e vertèbres lombaires

étaient rongées et la tumeur avait pénétré au-dessus d'elles pour arriver à la face inférieure des muscles des lombes; elle avait aussi envahi le canal rachidien en élargissant le trou intervertébral et refoulé les méninges et la moelle épinière (Georges).

Dans 4 autres cas, les échinocoques siégeaient dans les parties supérieures du membre postérieur, entre l'anus et l'ischium, où elles formaient une tumeur d'où on retira des hydatides.

Dans une vaste tumeur purulente s'étendant du rein gauche au bord supérieur de l'ilium sur un cheval abattu à cause de son mauvais état général, on trouva dans le pus des centaines d'échinocoques intacts ou ratatinés; cette poche multiloculaire se prolongeait dans les couches profondes des muscles fessiers et dans les régions crurales antérieure et postérieure (Ranvier et Dehors).

Dupuy a rapporté le cas d'une truie de deux ans paraplégique, à l'autopsie de laquelle on vit des échinocoques dans plusieurs muscles du dos, des lombes, des cuisses.

Chez la vache, Morot a signalé sous la plèvre des kystes hydatiques recouverts par une mince couche de fibres d'un intercostal interne. Rieck en a vu dans le grand pectoral.

Nous avons emprunté ces faits au travail du Professeur Martin, de l'Ecole vétérinaire de Toulouse, et, poursuivant nos investigations dans la littérature vétérinaire, nous n'avons trouvé que peu d'observations de kystes hydatiques musculaires chez les animaux.

En 1907, Agerth signale 1 cas dans les masséters d'une vache. En 1908, Hochstein, échinococcose multiloculaire dans les muscles du cheval.

Plus récemment, notons un travail de Profilassi sur les lésions musculaires échinococciques chez les bovins, paru en 1934; dans la même année, celui de Hemmann : grave invasion d'échinocoques chez le bœuf.

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE

Nous aurons à envisager dans ce chapitre les *symptômes fonctionnels* qui précèdent et accompagnent le kyste hydatique, puis les *caractères physiques* qu'il présente.

Dans la plupart des observations que nous avons recueillies, le début est passé inaperçu et la tumeur a été le premier symptôme. Exceptionnellement, l'attention du malade avait été attirée par quelques troubles subjectifs. Nous retrouvons dans quelques cas le symptôme douleur, qui ne laisse pas de présenter un grand intérêt quand il existe.

Dans notre première observation, la malade, à la suite d'un effort, consulte son médecin pour des douleurs qu'elle présente dans son articulation scapulo-humérale droite; on pense à une déchirure musculaire, cela dix mois avant que la tumeur ne soit diagnostiquée. Un autre symptôme, « le bras qui devient faible », dira Mme Bl... (Armande).

Le malade de l'observation XV, après une chute de cheval, ressent une vive douleur lombaire; cela dure quelques jours, et après quelques mois on s'aperçoit de l'existence, dans cette région, d'une tumeur de la grandeur d'un petit citron.

Les douleurs sont ici tantôt fugaces et ne donnant qu'une sensation de gêne, de pesanteur intermittente, tantôt névralgiques. Le plus souvent, dans les kystes hydatiques musculaires, elles sont sourdes, profondes, et échappent, sous des étiquettes diverses, à la sagacité du médecin. La malade de Lasserre éprouvait de la gêne pour se baisser depuis de longs

mois. Examinée par son médecin, elle lui fait part de ses inquiétudes et croit avoir une lésion de la colonne vertébrale. Il la rassure après l'avoir examinée, sans penser que l'élément douleur avait peut-être une cause organique.

a) ***Symptômes fonctionnels (contemporains de la tumeur).***

L'apparition de la tumeur se fait parfois d'une façon indolente. Ainsi R... (J.), dans l'observation du Professeur Jeanneney, remarque par hasard qu'il a une tumeur au cou, du volume d'une noix; elle grossit sans jamais s'accompagner de douleur ni de gêne fonctionnelle.

W... (Louis), le malade de M. Pheulpin, présente une tumeur indolore du grand pectoral droit, gênant le port du sac et du fusil.

Habituellement, le malade, dont l'esprit est mis en éveil, présente une exacerbation de douleurs préexistantes. La région lésée devient hypersensible, mais peut-être faut-il considérer ce phénomène comme d'ordre purement psychique. Mais un kyste, indolent pendant une période de repos, peut devenir le siège de douleurs vives du fait de certains mouvements. Ainsi Mme G... (obs. XII) fait un effort violent (tire un grand panier), elle ressent des douleurs, s'aperçoit de l'existence d'une tumeur au niveau du bras gauche; cette tumeur augmente rapidement et semble grossir à la moindre fatigue, dit-elle.

Donc, en tenant compte de l'état psychique surajouté, bien différent suivant les sujets, il nous semble que les kystes hydatiques des muscles sont indolents au début (ceci dans la majorité des cas). Ils deviennent douloureux quand la tumeur apparaît et qu'elle augmente de volume progressivement. Le plus souvent, il s'agit d'une gêne provoquée par certains mouvements et, par le fait même, variable suivant la profession ou les occupations du malade.

En dehors de certaines tumeurs à marche particulièrement envahissante, situées à la face profonde des masses muscu-

laires, et qui exercent des phénomènes de compression nerveuse (chez notre malade par exemple), les kystes hydatiques sont surtout gênants par leur volume et par leur poids ou par la sensation de tension exagérée qu'ils provoquent.

b) ***Symptômes objectifs.***

La tumeur est plus souvent fortuitement découverte, et son volume varie suivant la date exacte d'apparition et aussi sa tendance évolutive.

Le malade du Professeur Lombard présentait une tumeur de la cuisse depuis une trentaine d'années, elle avait à ce moment le volume d'une grosse noix. Dans d'autres observations, nous lisons : volume d'une bille, d'une noisette, d'un œuf de poule, mais cette terminologie ne saurait avoir une grosse importance, car nous n'avons les renseignements que de la bouche du malade et avec le recul du temps. Le plus souvent, l'absence de toute réaction douloureuse permet à la tumeur d'acquérir un volume notable sans que le malade s'en inquiète, ni même s'en aperçoive.

Forme. — La *forme* de ces kystes hydatiques musculaires est très variable, nous avons vu dans le chapitre anatomo-pathologique ce qu'il faut en penser. Cette complexité croît encore lorsque la tumeur est située dans un muscle profond comme le psoas, tout au plus peut-on dire qu'elle est arrondie ou sphérique; quand il s'agit d'un muscle superficiel, tout dépend de la masse tissulaire interposée. Parfois nous discernerons cependant une masse lobulée, il s'agit vraisemblablement, en pareil cas, d'un kyste multivésiculaire qui présente une évolution en surface qui le rend mieux accessible à l'investigation clinique.

Volume. — Le *volume* présente aussi une grande variété. Ce qui paraît être plus intéressant à connaître est la tendance évolutive du kyste hydatique. Dans bon nombre de nos observations nous voyons nettement exposé le temps qui

s'est écoulé depuis l'apparition de la tumeur jusqu'au moment où un examen clinique a été pratiqué. Que lisons-nous ? quelques mois, quelques années, trente ans même (obs. du Prof. Lombard). Habituellement le développement a été lent et progressif, environ dans la moitié des cas. Dans un quart des cas, on peut noter que l'état est resté longtemps stationnaire, puis la collection a subi une augmentation rapide. Marguet considérait ce mode de développement en deux temps comme caractéristique du kyste hydatique musculaire.

Les auteurs se sont préoccupés de savoir si certaines affections intercurrentes pouvaient imprimer au kyste une impulsion rapide. Finsen dit que la grossesse agirait comme stimulant dans l'accroissement.

Gutmann et Martin Muller signalent un signe qui, pour eux, aurait une grande importance diagnostique : l'alternative d'augmentation et de diminution du kyste, due à la variation des propriétés osmotiques de la membrane hydatique.

On a invoqué également la ménopause.

Consistance. — Elle est habituellement dure par suite de la surdistension de la poche (Lannelongue). Il faut la rechercher dans l'état de relâchement musculaire. En réalité, elle peut être ferme, rénitente, élastique. La fluctuation pourra être mise en évidence, mais on observe souvent une résistance inégale, à côté de zones fluctuantes, d'autres nettement indurées. L'état de contraction musculaire accroît la consistance, c'est une donnée qui est souvent mise en relief par les auteurs.

Connexions : 1° *Superficielles.* — La peau sus-jacente à la tumeur est normale, ne présente aucune modification, glisse facilement, est parfois tendue, mais non envahie. On signale l'élévation de la température locale et la circulation veineuse collatérale; c'est très rare, bien que Mandillon l'ait observé chez le gendarme D... (Barthélemy) : la peau était rouge,

dit-il. Il s'agissait d'une tumeur des adducteurs chez un homme qui montait à cheval ou à bicyclette, tumeur suspecte de suppuration. Nous pensons en effet que la disparition de la mobilité cutanée pour un kyste superficiel plaide en faveur de l'inflammation du kyste ou du périkyste.

2° *Profondes.* — Les rapports de la tumeur avec les parties voisines sont notés dans quelques-unes de nos observations, mais ceci d'une manière souvent insuffisante. Le kyste se trouvant dans le muscle se meut latéralement lorsque ce dernier est dans le relâchement et se trouve immobilisé quand la contraction survient. Ce signe du blocage de la tumeur par contraction musculaire permettrait théoriquement d'éliminer les kystes sus-aponévrotiques. A signaler cependant que lorsqu'il s'agit d'un kyste hydatique musculaire à son début, alors qu'il n'est gros que comme un pois ou une noisette, il paraît très mobile sous les téguments. Cette particularité ne lui serait pas spéciale, puisque l'examen histologique fait par Sevestre (*Union médicale*, 1883, p. 457), d'un homme mort de ladrerie sous-cutanée, a démontré que tous les cysticerques qui venaient faire saillie sous la peau appartenaient aux muscles.

Nous voyons dans l'observation I les rapports étroits que le kyste avait contractés avec les vaisseaux et nerfs du bras, occasionnant les phénomènes douloureux paroxystiques que signale notre malade, ces faits trouveront un plus large développement dans le chapitre que nous avons réservé aux complications des kystes hydatiques musculaires.

Pour ce qui est des connexions osseuses, la clinique ne nous sera pas d'un grand secours, tandis que l'examen radiographique nous apportera les plus précieux renseignements.

Dans ce chapitre des symptômes, il nous faut signaler un phénomène qui, lorsqu'il existe, est d'une rare valeur pour le diagnostic des kystes hydatiques en général et qui s'applique aussi aux musculaires en particulier, nous avons

nommé : « *le frémissement hydatique* ». Nous nous empressons d'ajouter que, dans nos observations, il n'a jamais été retrouvé, quelques auteurs l'ont recherché sans résultat. Dévé a pu dire que la plupart des auteurs considèrent ce signe comme absolument exceptionnel, dans une communication faite à la Société de médecine de Rouen, le 13 mars 1922, à l'occasion d'un malade du Docteur Jeanne, présentant un volumineux kyste hydatique de la cuisse, développé dans le quadriceps, avec frémissement hydatique typique.

Le frémissement hydatique a été signalé au niveau de kystes de l'ovaire et du mésentère, de certaines hydronéphroses, ou même d'ascite. A Bordeaux, le Professeur Loubat l'a retrouvé au niveau d'un épanchement traumatique de sérosité, dans le tissu cellulaire de la région lombaire, mais seulement dans certaines positions du malade.

Le trait distinctif du vrai frémissement hydatique est la vibration exquise, analogue à celle d'un ressort, qui se prolonge tout à fait distinctement au-delà du moment de la percussion, qui s'associe à la résonance de tambour (Drum-like), perçue à la percussion auscultatoire (Barnett).

Il faut retenir, des nombreuses controverses qu'a suscitées ce signe, qu'il est caractéristique d'un kyste hydatique en général et aussi bien d'un kyste musculaire; que dans la règle il indique qu'on a affaire à une poche à contenu multivésiculaire (Dévé); plus précisément on peut conclure : présence d'hydatides multiples, juxtaposées dans une poche surdistendue sans interposition de liquide.

Il faut signaler pour mémoire la *crépitation amidonnée*, bien décrite par Reclus. Elle a quelque analogie avec le froissement de l'amidon, celui de la neige sous les doigts et relève donc uniquement de la palpation. On l'attribue au passage des hydatides à travers le détroit d'un kyste en bissac.

Les auteurs lyonnais admettent plutôt qu'elle est due au froissement des parois des vésicules les unes contre les autres.

c) ***Complications mécaniques.***

Celles-ci tiennent surtout au volume du kyste et à sa topographie. Pouvant aller depuis la gêne qu'entraîne la présence d'une tumeur de quelque importance à des lésions beaucoup plus grandes, telles des lésions osseuses ou des compressions nerveuses.

Dans un cas commenté par Marguet, les hydatides étaient logées dans le canal rachidien. On a pu observer des déviations de la colonne vertébrale avec usure des corps vertébraux. Notre malade, Bl... (Armande), illustre le chapitre des complications nerveuses par compression du plexus brachial, occasionnant des crises douloureuses durant parfois trois quarts d'heure, se reproduisant dans la journée. De même le bras droit était devenu presque impotent et était le siège de troubles circulatoires importants, avec œdème et circulation veineuse collatérale. Il faut dire que ces phénomènes ont disparu à la suite de l'intervention chirurgicale et qu'à l'heure actuelle cette femme n'éprouve aucune gêne dans les mouvements de son bras.

d) ***Complications inflammatoires.***

Le kyste hydatique suppuré du grand droit, qui a été publié par le Docteur Jean Bouquet, nous renseigne avec précision sur cette complication des kystes hydatiques musculaires.

La pathogénie de cette suppuration a été remarquablement mise en lumière par les travaux de MM. Chauffard et Widal. La membrane hydatique saine est imperméable aux microbes, donc, pour que ceux-ci la traversent, il faut qu'elle ait été au préalable fissurée ou altérée par une périkystite suppurative. Nous comprenons que, chez la fillette de l'observation XVII, le kyste situé dans le grand droit, soumis à des tiraillements incessants du fait de la contraction du muscle, dans une région facilement accessible au tramatisme, ait pu suppurer.

Mais cette complication ne s'annonce pas toujours à grand fracas, ce ne sera qu'à l'intervention que l'on découvrira le kyste en voie de suppuration dans d'autres observations. Enfin, l'accroissement rapide dans les derniers mois, un peu de sensibilité au niveau de la tumeur (« sensation de picotements », dira Armande Bl...), quelques phénomènes généraux, peuvent mettre sur la voie du diganostic de kyste suppuré.

La suppuration qui se manifeste à l'intérieur du kyste n'est pas seulement localisée au parasite, elle peut déborder pour intéresser le tissu conjonctif de la paroi adventice; nous avons vu ce fait remarquablement mis en lumière dans notre première observation et nous l'avons développé au chapitre anatomo-pathologique.

La tumeur absolument méconnaissable, dont l'examen microscopique du Professeur Sabrazès n'a pu déterminer la nature, macroscopiquement avait l'apparence de ne contenir aucun produit hydatique vivant.

Il est probable que cette suppuration a débuté au moment où Bl... (Armande) a ressenti une gêne, des douleurs même, au niveau de son articulation scapulo-humérale. L'effort qu'elle déclare avoir produit semble bien être le point de départ des phénomènes inflammatoires qui se sont manifestés au niveau de la poche hydatique et aussi du kyste adventif.

En parcourant les observations, nous constatons que cette complication est fréquente et mérite d'être retenue à l'occasion de l'étude des kystes hydatiques musculaires.

La calcification des kystes hydatiques musculaires n'a pas été souvent signalée; Jauregui et Monserrat ont publié deux observations très intéressantes à ce sujet dont nous faisons par ailleurs l'analyse du point de vue anatomo-pathologique. C'est une curieuse coïncidence qu'il se soit agi, à deux reprises différentes, chez des hommes, de tumeurs calcifiées développées dans le muscle psoas.

e) ***Complications toxiques.***

Nous avons en vue surtout l'*urticaire hydatique* qui se produit à la suite de rupture du kyste, mais plus souvent après ponction de celui-ci. Nous ne la voyons signalée que deux fois dans les observations, et peut-être ne faut-il pas y attacher l'importance qu'elle aurait s'il s'agissait de kyste hydatique du foie.

Les accidents toxiques relèvent des phénomènes d'anaphylaxie hydatique (Dévé), se produisant le plus souvent grâce à la sensibilisation de l'organisme par transsudation du liquide kystique à travers une membrane fissurée.

f) ***Essaimage des lésions.***

Cette dernière complication peut relever de causes diverses. Il peut s'agir de *prolifération vésiculaire exogène*. Les hydatides plus ou moins indépendantes creusent dans le tissu qui les héberge des loges où elles se multiplient. En pareil cas, l'opération montre une poche irrégulière, diverticulaire, cloisonnée de diaphragmes parcheminés et fibreux. Ces clapiers exposent à une exérèse chirurgicale incomplète par suite de la dissémination parasitaire. Le plus souvent, les lésions se sont disséminées grâce à la rupture du kyste musculaire primitif à l'occasion d'une brusque contraction du muscle ou d'un traumatisme violent. Une *échinococcose* secondaire diffuse envahit alors très rapidement les espaces conjonctifs inter et intramusculaires et rend irréalisable une exérèse complète des lésions.

Parmi les complications tardives, signalons la *récidive postopératoire*. Elle provient soit d'une exérèse incomplète, soit d'un réensemencement des tissus au cours de l'intervention. Dévé rappelle que les longues suppurations postopératoires d'autrefois contribuaient (elles n'y réussissaient pas toujours) à mettre les opérés à l'abri des récidives.

Pour ce qui est de l'*essaimage des lésions comme complication tardive*, nous ne saurions apporter de meilleurs arguments que l'histoire de la malade du Professeur Papin. Celle-ci, en effet, malgré l'apparence de la tumeur primitive, fait une récidive un an après dans la région pectorale, mais encore dans le creux axillaire et le biceps; opérée elle fera une troisième récidive. Dans ces interventions, les kystes hydatiques sont absolument reconnaissables.

Ce réensemencement postopératoire est encore manifeste dans l'observation de Biagio-Picardi, le malade a subi plusieurs interventions chirurgicales, et nous constatons qu'il s'est agi de kystes hydatiques suppurés. Cet auteur, qui pense que le traumatisme a influé dans la pathogénie de cette échinococcose, signale aussi qu'il ne serait pas étranger à la suppuration des divers kystes hydatiques de la région lombaire de C... (F.), ainsi qu'à l'essaimage avant les interventions.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

A la lecture des observations que nous avons réunies, nous constatons que le diagnostic de kyste hydatique musculaire est rarement porté; en effet, il est affirmé 5 fois et n'a été discuté que 6 fois; la rareté de cette affection, l'absence de signes cliniques bien définis, suffisent à expliquer la fréquence des erreurs de diagnostic.

Denonvilliers disait : « Toutes les fois qu'il y a une tumeur musculaire, à évolution plus ou moins lente, dure, non inflammatoire, penser au kyste hydatique. » A quoi Trélat ajoutait : « Tumeur des muscles de caractère incertain, dure et ronde ».

Certaines *régions*, les Landes en particulier, doivent faire penser, lorsque le malade en est originaire, à la possibilité du kyste hydatique. Nous préciserons, dans l'interrogatoire, la profession, qui, parfois, pourra nous donner un sujet de présomption, la proximité des chiens : le personnel des abattoirs, les bergers, les marchands de bestiaux, paient un large tribut à la maladie hydatique.

La *fluctuation*, nous permet d'éliminer les tumeurs solides; Cruveilhier (Paris, 1873), se basant sur la netteté de celle-ci, l'absence de douleur, le développement lent, fit un diagnostic de kyste hydatique du biceps. Il faut reconnaître qu'à elle seule elle n'implique aucune certitude.

Le *frémissement hydatique* est rarement constaté, il est signalé lorsque le kyste repose sur une base un peu dure ou tendue. On cite comme une curiosité le malade de Neisser, qui percevait ce frémissement en marchant.

Il faudra aussi rechercher la *crépitation amidonnée*, sans oublier le *palper auscultatoire*, signe auquel Barnett attribue une grande importance.

Une tumeur nettement développée dans l'épaisseur des muscles, gênante plutôt que douloureuse, s'accompagnant de très peu de signes fonctionnels, doit éveiller l'idée de kyste hydatique. Le développement en deux temps, avec des alternatives d'augmentation et de diminution, permettra une forte présomption.

La *ponction exploratrice* viendra-t-elle nous renseigner ? Elle doit être faite avec une aiguille assez grosse, d'une manière rigoureusement aseptique. Même effectuée dans ces conditions, elle expose à une série d'accidents d'ordre toxique, dont l'urticaire est certes le plus insignifiant. Dans un cas de kyste hydatique du foie, Martineau voit évoluer des accidents d'une exceptionnelle gravité avec mort en vingt minutes. .

Un autre danger consiste dans l'ensemencement possible des tissus voisins du kyste, dans la greffe échinococcique; l'orifice laissé dans la paroi par l'aiguille la plus fine ne se referme pas toujours immédiatement, et par cette ouverture peuvent sortir des produits qui vont aller former autant de kystes secondaires.

La ponction exploratrice expose néanmoins, dans les cas de kystes hydatiques musculaires facilement accessibles, à moins d'inconvénients que lorsqu'il s'agit de kystes viscéraux; dans nos observations, elle a été pratiquée souvent; il faut dire aussi, en cours d'intervention chirurgicale, sans occasionner d'ennuis. Tenant compte des cas relativement nombreux dans lesquels les renseignements que donne la ponction sont positifs, on comprend qu'en toute conscience un chirurgien soit autorisé à l'utiliser parfois, quand il s'agit par exemple d'éliminer l'hypothèse d'un abcès par congestion, à point de départ vertébral.

L'*urticaire* a été signalée rarement dans les kystes hyda-

tiques musculaires, elle sera un appoint lorsque son existence aura pu être décelée (voir obs. II).

Le *laboratoire* est susceptible de nous donner un certain nombre de renseignements; parmi ceux-ci, la *recherche de l'éosinophilie* a depuis longtemps attiré l'attention. Sabrazès, en 1903, a même trouvé que l'intensité de l'éosinophilie locale l'emportait de beaucoup sur l'éosinophilie révélée par l'examen du sang. Dévé a fait les mêmes constatations.

Par conséquent, l'examen du sang doit être fait avant l'opération et ne doit pas seulement venir en aide au diagnostic de la maladie à reconnaître, mais encore au pronostic de celle-ci. On prélèvera une goutte de liquide autour de la tumeur et grâce à l'hématimètre, déterminera le pourcentage de leucocytes polynucléaires à granulations éosinophiles.

L'éosinophilie est généralement peu intense; elle oscille le plus souvent entre 4 et 10 p. 100. Son absence ne saurait faire rejeter l'hypothèse d'un kyste hydatique. Compte tenu du fait que sa présence s'observe dans un certain nombre de conditions pathologiques (helminthiase par exemple). Elle n'est donc pas pathognomonique.

Le *séro-diagnostic* a été fait dans un grand nombre de nos observations, il est certain qu'il a une grande supériorité sur les autres moyens de laboratoire permettant de soupçonner l'existence d'un kyste hydatique. Nous considérons l'emploi de cette recherche comme très utile dans le cas de diagnostic douteux. Elle entraîne la certitude quand son résultat est positif. Weinberg montre même que l'examen du sérum peut indiquer si le kyste hydatique est suppuré (en effet, les sérums de porteurs de kystes hydatiques suppurés renferment une quantité considérable de substances antitryptiques qu'on peut mettre en évidence par des méthodes appropriées). La technique de ce test est très complexe et demande, pour être effectuée de façon satisfaisante, une expérience spéciale des méthodes de laboratoire (Fairley).

Il est impossible, de l'avis même de Weinberg, d'éviter

complètement les réactions légères, douteuses, ou les réactions qui, restant totalement négatives, n'autorisent nullement à écarter l'hypothèse de kyste hydatique (Anderson).

Bien différente apparaît la réaction que nous allons aborder maintenant; elle semble être, aujourd'hui, la plus sensible et la plus appropriée à la clinique. Cette épreuve, dont la base théorique s'apparente de très près à celle des expériences sur l'anaphylaxie passive, mais qui en diffère néanmoins, consiste à inoculer dans le derme du liquide hydatique. Lorsque l'on pratique une *intradermoréaction de Casoni*, il ne faut pas oublier le contrôle par l'inoculation de bouillon peptoné et l'observation correcte. La réaction vaut très souvent par l'opérateur qui la pratique et n'est pas exempte d'un certain coefficient d'erreurs; ces réserves étant faites, à l'heure actuelle la majorité des auteurs considèrent une réaction de Casoni correctement exécutée et observée, franche, comme la plus précieuse des épreuves cliniques.

Est-ce que la *radiologie* peut nous être de quelque secours ? C'est peut-être pour la localisation musculaire des échinocoques que l'intérêt de cette méthode de diagnostic est le moindre. L'ombre du kyste, à peine plus foncée que celle des parties molles, n'est ni très nette, ni très régulière.

Cependant, ces kystes sont susceptibles de se calcifier, d'où aspect tigré radiologiquement très apparent. Il faut bien connaître ces images qui pourraient prêter à confusion, soit dans un muscle profond comme le psoas (Jauregui et Monserrat), soit dans une loge très superficielle comme le premier espace interosseux de la main (Lagrot).

Au voisinage d'un os, en particulier de la colonne vertébrale, il faut toujours penser à la possibilité d'une atteinte osseuse associée, consécutive, au préalable. Inutile de souligner longuement l'intérêt de la radiographie, qui nous permettra de faire le diagnostic différentiel d'avec une lésion bacillaire.

De même, lorsqu'un kyste hydatique musculaire est soupçonné, est-il intéressant de vérifier l'intégrité des poumons et surtout du foie.

Par ce rapide exposé, nous voyons que la clinique et le laboratoire mettent à notre disposition des moyens nombreux pour nous permettre, du moins en théorie, de faire le diagnostic de kyste hydatique quand il s'agit d'une tumeur musculaire; mais la confusion est loin d'être rare, car l'idée n'est pas spontanément éveillée et orientée dans ce sens, à la vue d'une pareille tumeur, et dès lors les moyens de laboratoire ne sont pas utilisés.

Nous sommes en présence d'une tumeur cliniquement constatée; il s'agit de bien déterminer si elle est *intramusculaire*. Pour cela nous n'oublierons pas quels en sont les caractères : dans le relâchement musculaire, la tumeur se laisse déplacer dans le sens transversal; dans la période de contraction des muscles, elle devient dure et immobile, elle est bloquée en tous sens.

On peut confondre un kyste hydatique musculaire avec toutes les tumeurs solides ou liquides développées dans les muscles ou leur voisinage immédiat; notre intention n'est pas de passer en revue longuement toutes les affections qui peuvent présenter des points de ressemblance plus ou moins éloignés avec les kystes hydatiques musculaires. La liste en serait trop longue; mais après avoir énuméré les principales tumeurs, afin de les écarter rapidement, notre attention se portera sur les *lipomes*, les *sarcomes* et surtout les *abcès froids*, qui, dans nos observations, sont les erreurs de diagnostic les plus fréquentes.

Pour mémoire, nous rappelons les caractères de la tumeur hydatique : absence de douleur, le bon état général du sujet, l'absence de réactions inflammatoires, le lent développement, la dureté, la fluctuation, les variations de consistance et de mobilité avec le relâchement ou la contraction musculaire.

La *hernie musculaire* sera facilement dépistée. En effet, on observe une tumeur molle, dépressible, réductible au repos, qui change de consistance et de volume suivant les diverses attitudes du muscle.

La *rupture* musculaire se produit à la suite d'un effort, brusquement, donne lieu à une pseudo-tumeur. Celle-ci disparaît au moment du relâchement musculaire. La rupture peut en imposer, mais se manifeste avec les caractères d'une tumeur solide; elle est irrégulière et donne le plus souvent la sensation d'encoche ou de marche d'escalier.

Bl... (Armande) nous a signalé que, à la suite d'un effort, elle avait ressenti une douleur dans sa région pectorale droite; on a pensé à une déchirure musculaire, c'est de là que datent les premiers symptômes de la maladie qui l'amena à l'hôpital.

Les *ostéomes musculaires* nous égareront-ils ? Non, certes, car les symptômes un peu semblables avec ceux de la rupture musculaire, succédant à un traumatisme, intéressant des groupes de muscles définis (adducteurs, deltoïde), constitués par une tuméfaction dure et un peu douloureuse, sont différents de ceux d'un kyste hydatique. W... (Louis), dans l'observation de M. Pheulpin, vint consulter celui-ci, et le diagnostic fait auparavant était ostéome musculaire.

L'*hématome* est habituellement d'origine traumatique. Il s'accompagne souvent d'une ecchymose superficielle, et, dans la plupart des cas, régresse d'une façon rapide. Mais il est possible que l'hématome s'enkyste et, dès lors, la consistance variable qu'on rencontre à son niveau fait penser aux mêmes symptômes observés dans les kystes hydatiques. La ponction dans une pareille éventualité éclaire le chirurgien. Le Professeur Loubat dit avoir retrouvé le frémissement hydatique au niveau d'un épanchement traumatique de sérosité. Une telle circonstance peut troubler le clinicien.

L'*abcès musculaire* est la terminaison ordinaire de la myosite infectieuse, consécutive aux fièvres graves, la fièvre typhoïde par exemple. Les commémoratifs nous mettront sur la voie.

La *gomme musculaire* possède une induration ligneuse particulière. Les antécédents ont ici une grande importance. Un antécédent syphilitique, dit Desprès, chez un homme atteint d'une tumeur développée assez lentement, située dans un muscle et mobile avec lui, doivent faire diagnostiquer une tumeur syphilitique des muscles. Le traitement d'épreuve sera dans ces cas d'une importance capitale.

Les *kystes musculaires non hydatiques*, c'est-à-dire les kystes congénitaux, les kystes dermoïdes, les kystes hématiques, sont très rares.

Les *fibromes musculaires* sont très durs, mais leur dureté n'est pas modifiée par la contraction ou le relâchement des muscles.

Les *angiomes musculaires* sont exceptionnels. Leur réductibilité partielle et la présence d'une zone angiomateuse en surface les feront le plus souvent reconnaître.

Les *sarcomes musculaires* sont en général des découvertes opératoires. Ils évoluent le plus souvent lentement et à bas bruit. C'est là souvent un diagnostic très difficile.

Il faut noter, en faveur du sarcome, la chaleur locale, une circulation collatérale, une délimitation moins facile, et en général une évolution plus rapide qui altère l'état général.

Les *carcinomes musculaires* sont des tumeurs secondaires qui reproduisent d'une façon plus ou moins atypique la tumeur primitive. Les épithéliomes aussi sont secondaires par envahissement de proche en proche. On les observe fréquemment au voisinage du cancer du sein. L'erreur n'est guère possible ici, à cause de la sclérose ligneuse qui accompagne l'infiltration épithéliale et qui la fait reconnaître à l'œil nu.

Le *conjonctivome* est rare et se localise dans les masses musculaires importantes.

Le diagnostic de *lipome* a été porté par Jean Bertin dans

nos observations; Bousquet disait lipome ou lipo-sarcome. Le Professeur Papin a envisagé chez Bl... (Armande) cette hypothèse; ceci nous montre qu'il est parfois difficile de différencier les kystes hydatiques musculaires du lipome. Celui-ci a en effet une marche lente, indolente, une absence de retentissement sur l'économie, un état normal de la peau, une apparition dans l'âge moyen de la vie.

Cette communauté de symptômes a quelquefois un degré de plus, car on peut, dans certains cas, percevoir de la fluctuation.

Cependant, les lipomes peuvent se reconnaître à leur forme plus ou moins lobée, à leur volume quelquefois considérable. Pérotte parle d'un lipome de 2.600 grammes. Ils sont bien circonscrits, de consistance molle. La tumeur épouse plus ou moins la forme générale du muscle, la contraction la fixe, atténue ses bosselures. Mais pour un lipome intra-musculaire, la consistance plus dure du kyste hydatique nous guidera peut-être, mais surtout les moyens biologiques de diagnostic de l'échinococcose nous seront de précieux auxiliaires.

Reste l'erreur la plus commune : celle qui consiste à prendre un *abcès froid* pour un kyste hydatique musculaire. Même de nos jours l'hésitation est fréquente; relisons à ce sujet les observations du Professeur Papin, de Mandillon, de Loubat, de Lasserre.

L'abcès froid peut être *idiopathique* ou *symptomatique*. Dans le premier cas, il débute par une tumeur solide qui se ramollit par la suite. Arrivé à cette dernière période, il présente toujours un bourrelet d'induration circonférentielle, qui est, d'après les auteurs, pathognomonique et qui, lorsqu'il existe, ne saurait laisser le moindre doute sur la nature de la lésion. Quand, exceptionnellement, ce bourrelet vient à manquer, la ponction sera utilement pratiquée.

S'il est *symptomatique*, on cherche une lésion osseuse; s'agit-il de périostite, on sent un gonflement périphérique tout autour de l'abcès et au pourtour de l'os quand il est superficiel; la radiographie nous sera d'ailleurs d'un grand secours.

Des dégâts dans l'économie se manifestent surtout dans les cas d'abcès par congestion, auxquels doivent s'appliquer les considérations précédentes. De plus, ces derniers ajouteront à leur actif les circonstances suivantes : douleurs fixes ressenties antérieurement à l'abcès pendant des semaines, des mois, des années même, dans un point du système osseux éloigné du siège qu'il occupe et cependant en relation de continuité possible avec lui : réductibilité partielle de l'abcès vers sa source à l'aide de la compression; absence d'engorgement local, situation du foyer aux environs du bassin, à la partie supérieure de la cuisse, le long des gouttières vertébrales.

Enfin le sujet présentera manifestement des signes d'*imprégnation bacillaire* qui nous aiguilleront tout de suite. Peut-être faut-il faire des réserves en ce qui concerne l'adénite tuberculeuse, mais le siège de la tumeur plaidera en sa faveur.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC

Nous résumerons le pronostic en quelques propositions concrètes : quand il s'agit de kystes hydatiques des *muscles superficiels*, l'affection est ordinairement *bénigne*. Seules, certaines localisations sont à redouter; ainsi les échinocoques développés dans la masse sacro-lombaire, abandonnés à eux-mêmes, ont toutes les chances d'entraîner des accidents sérieux. Nous rangeons surtout dans cette catégorie les kystes des muscles profonds (tel le psoas), disséquants, qui contournent les surfaces osseuses ou provoquent des lésions d'usure à leur niveau. Mais leur évolution est très lente, compte tenu du fait que la suppuration est fréquente, celle-ci ayant parfois un rôle révélateur de la tumeur et en activant le développement.

Le kyste hydatique des muscles, exceptionnellement, pourra peut-être guérir spontanément par mort de l'hydatide et régression.

Le traitement donne des guérisons radicales, parfois longues à obtenir, il est vrai, mais il est permis de dire que, lorsque le diagnostic est porté, le pronostic devient bénin de ce fait.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Nous avons vu la propagation du parasite à l'homme et aux animaux par l'intermédiaire du chien. Un bon traitement prophylactique serait la première méthode à mettre en œuvre. Aussi, parmi les moyens de lutte contre ce danger social que représente l'échinococcose, l'éducation populaire doit jouer un rôle très sérieux. Tous les moyens sont bons et devraient être employés pour y parvenir.

L'*école*, qu'elle soit privée ou publique, doit à notre avis comporter un enseignement de l'hygiène en général, on devrait souvent répéter aux enfants la manière dont on contracte le kyste hydatique.

Les *tracts*, les *affiches*, les *films documentaires* (pourquoi ne pas imposer la projection d'un film documentaire d'hygiène ou de sujets analogues au cours des séances cinématographiques), aideront à faire pénétrer dans les masses de justes idées sur cette maladie.

Mais si l'instruction du public est nécessaire ou simplement bonne, ce serait une grosse erreur de la croire suffisante. Un certain nombre de mesures doivent s'appuyer sur elle :

Interdiction, sous peine d'abattage immédiat sur place, de l'entrée des chiens dans les abattoirs.

Interdiction, sous peine d'amende, d'introduire des chiens dans les salles de restaurant et dans les hôtels et de leur donner à manger dans les assiettes communes.

Surveillance de l'enfouissement des viscères dans les abattoirs, mais surtout à la campagne, où ceux-ci sont bien souvent jetées à la rivière, nous avons pu constater et déplorer ce fait.

I. — *Traitement médical.*

Le *traitement médical* a de tout temps exercé la sagacité des médecins; on a administré des médicaments réputés toxiques pour le parasite hydatique et susceptibles de passer du sang dans le kyste, bien que cette méthode contînt une double erreur thérapeutique et physiologique : les expériences de Hawkins sur l'iodure de potassium avaient depuis longtemps démontré que cet agent ne pénétrait pas dans le liquide du kyste. Quoi qu'il en soit, tous les agents possibles furent employés et toujours sans succès. Citons au hasard le chlorure de sodium (Laënnec), le calomel, l'iodure de potassium (Hawkins), la teinture de kamala (Hjaltelin), les lotions de térébenthine, l'électropuncture, l'application externe du froid.

Tusini et Thomassi ont expérimenté avec le bleu de méthylène et concluent que ce médicament ne passe pas à l'intérieur du kyste, ce qui vient à l'encontre des expériences de Chauffard et Widal, dans lesquelles il semble que la membrane hydatique laisse dialyser les substances solubles ambiantes (sublimé, iodure de potassium, bleu de méthylène).

Les voies ouvertes à la thérapeutique semblent peu nombreuses, et même limitées, en dehors de l'acte chirurgical. Bien que les membranes feuilletées soient jusqu'à un certain point perméables, leur porosité est très faible et l'on n'a jamais pu faire pénétrer un colloïde, si fin soit-il, à l'intérieur des membranes très minces des vésicules filles avant leur mort. Les essences volatiles, telles que les essences en suspension huileuse, injectées aux environs des kystes expérimentaux (Dévé), n'en ont pas arrêté le développement; et

cependant les lipides qui traversent également les ultrafiltres pourraient, à priori, servir de véhicule.

Il est probable que la pression positive à l'intérieur des membranes d'une part, l'activité biologique de la larve d'autre part, opposent des barrières à peu près infranchissables aux agents physico-chimiques qui auraient une action parasiticide. Peut-être les ressources de la diathermie n'ont-elles pas été épuisées ?

Le *traitement radiothérapique* a été essayé sur les instigations d'Arcé, particulièrement en Amérique du Sud, mais les recherches dans cette voie ne semblent pas confirmer les espoirs fondés sur cette méthode thérapeutique.

La ponction suivie de l'injection d'un liquide parasiticide ne présente qu'un intérêt historique, mais nous verrons qu'elle est utilisée avec profit au cours de l'acte chirurgical dans certaines conditions pour éviter l'ensemencement.

Jusqu'à l'heure actuelle, les traitements médicaux se sont révélés absolument inefficaces dans la maladie hydatique localisée dans les muscles, mais la chirurgie nous offre les plus grandes satisfactions.

II. — *Traitement chirurgical.*

Nous envisageons maintenant les méthodes directes, véritablement chirurgicales, qui peuvent être appliquées dans la cure radicale des kystes hydatiques musculaires; trois procédés se trouvent en présence.

1° *La marsupialisation* (procédé de Lindemann, Landau).

Cette opération s'effectue en fixant par des points de suture les bords de l'ouverture du kyste à ceux de l'incision pariétale. La paroi kystique doit rester largement béante de manière à permettre une évacuation facile des débris restés dans le kyste et des liquides qui transsuderont. Les fils doivent traverser l'épaisseur de la paroi de l'adventice et la réunir au revêtement musculaire et cutané.

Il est prudent, avant l'ouverture du kyste, de commencer par tenter une injection de solution formolée à 2 p. 100. Une fois la poche ouverte, évacuée, détergée, asséchée, M. Dévé conseille d'en faire un large nettoyage à l'éther, qui paraît avoir expérimentalement une action parasiticide efficace.

Les docteurs Malméjac et Wilhelm se sont demandé si l'action du formol exercée non dans la cavité du kyste, mais à l'extérieur de sa membrane est réellement efficace contre les scolex. Ils ont fait un certain nombre d'expériences, desquelles il résulte : en plongeant les kystes dans des solutions de formol au 1/10 et 1/20, en prenant, comme réactif de la formaldéhyde, le réactif de Nessler (extrêmement sensible), il faut quinze à trente minutes pour que le formol puisse traverser la membrane du kyste. En opérant avec des solutions plus concentrées, avec du formol du commerce non dilué, par exemple, il a fallu dix à quinze minutes pour que l'on puisse retrouver les traces de formol dans le liquide kystique.

A l'action parasiticide du formol, ne pourrait-on ajouter une action antitoxique, mettant à l'abri des accidents d'intoxication hydatique ? En 1928, M. Lemaire, d'Alger, montrait l'intérêt de cette possibilité et proposait de précipiter les protéines par l'adjonction d'alcool, de tanin à 2 p. 100, de sulfate d'ammoniaque. Ces substances n'ayant d'action qu'en solution trop concentrée pour être utilisables, MM. Dévé et Guerbert proposèrent l'adjonction au formol de ferrocyanure de potassium en solution acétique, et les cas où fut utilisé ce mélange paraissent en démontrer l'efficacité.

La marsupialisation terminée, on placera dans la cavité un ou deux gros drains qui seront fixés à la peau. Les suites opératoires sont habituellement marquées par l'élimination de nombreuses hydatides dans les jours qui suivent l'opération.

La poche vidée se rétracte peu à peu, la cavité diminue, mais l'oblitération définitive peut se faire attendre long-

temps. La durée d'une année n'est pas exceptionnelle. Le drainage entraîne fatalement la suppuration. Il est curieux de constater que les suppurations constantes d'autrefois réussissaient souvent à mettre l'opéré à l'abri des récidives.

2° *L'extirpation du kyste avec suture primitive.*

L'intervention comporte l'énucléation totale, suivie de suture. On devra décortiquer la tumeur sans l'ouvrir, ou, si elle a été ouverte, enlever soigneusement la paroi. Pozzi avait employé dans un cas l'injection préalable de blanc de baleine qui avait rendu la poche solide, donc plus facilement disséquable. Autrefois, un procédé identique était utilisé pour l'extirpation totale des grenouillettes. L'extirpation a pour but d'éviter les lenteurs de la guérison des kystes marsupialisés. L'énucléation s'attaque donc à la membrane adventice et, considérée pour les kystes hydatiques du foie comme une méthode d'exception, elle devient pour les kystes musculaires une intervention anatomique, qui vise à la récupération fonctionnelle complète et rapide, en particulier quand il s'agit des muscles spinaux et répond bien aux idées directrices de la chirurgie réparatrice.

3° *La réduction sans drainage.*

Ce terme est emprunté au traitement des kystes hydatiques du foie, mais son application aux kystes hydatiques musculaires est des plus rationnelles. La méthode vulgarisée par Pierre Delbet comporte les temps suivants :

Découverte du kyste;
Formolage avec une solution à 2 p. 100;
Incision et extirpation de la vésicule mère.

Dans le but de diminuer l'étendue de la cavité et pour favoriser l'accolement des parois, Delbet pratique le capitonnage de la cavité.

4° Indications respectives de ces méthodes.

La *marsupialisation* ne sera pratiquée que lorsqu'il s'agira de kystes multivésiculaires, dans des muscles profonds, en raison des dégâts qu'une intervention radicale entraînerait fatalement et de la récidive *in situ* presque inévitable, dans le cas de fermeture primitive. Elle entraîne la persistance plus ou moins longue de la suppuration et la guérison est lente; autrefois on avait remarqué que ces opérés faisaient rarement des récidives.

« Il est nécessaire et suffisant d'enlever ce qui est parasitaire dans le kyste hydatique. » (Quénu.) Or, l'ablation « nécessaire » de tout élément parasitaire vivace peut être réalisée simplement et sans danger de réensemencement hydatique, en cas de kystes univésiculaires, par l'évacuation intégrale de la membrane-mère après stérilisation du parasite (formolage préalable), et, dans les cas de poches à contenu multivésiculaire, par un attouchement de leurs parois (à la solution formolée, à l'éther) après évacuation aussi complète que possible du sac fibreux (aspirateur de Enrique Finochietto). Ceci est la manœuvre idéale lorsqu'il s'agit de kystes du foie, car on ne peut songer à les décortiquer sans dommage pour ce viscère. Il est évident que lors de la localisation musculaire cette méthode opératoire trouvera parfois ses indications. En effet, on peut abandonner sans inconvénient dans le tissu musculaire le kyste adventice débarrassé de tout élément parasitaire vivant capable de donner lieu à une récidive.

Nous considérons que les kystes hydatiques des muscles se prêtent le plus souvent à l'extirpation en bloc, les dégâts musculaires pouvant être réduits au minimum. Nous rappelons le danger de la rupture dans la plaie opératoire, de la poche non stérilisée au préalable; aussi une ponction suivie d'injection de solution formolée ou éther sera-t-elle dans bien des cas une utile manœuvre.

CHAPITRE IX

OBSERVATIONS

Observation I (Inédite).

(Due à M. le Professeur F. Papin.)

Mme Bl... (Armande), ménagère, âgée de 36 ans, demeurant à La Teste (Gironde), entre le 25 novembre 1930, salle n° 1, à l'Hôpital Saint-André de Bordeaux, dans le service de M. le Professeur Papin, parce qu'elle présente une tumeur de la région pectorale droite. Il y a environ dix mois la malade aurait accusé des douleurs de l'articulation scapulo-humérale droite, à la suite d'un effort. Le médecin qui la voit pense à une déchirure musculaire, ordonne des massages, ceci sans résultat, et un nouveau symptôme se manifeste, « le bras droit devient faible ».

Depuis juillet 1930, ces troubles augmentent, et en octobre on note l'existence d'une tumeur de la région pectorale droite.

Examen médical à ce moment, on pense à un abcès froid, une ponction pratiquée se montre négative; douze jours plus tard, la tumeur semble avoir augmenté de volume, une nouvelle ponction ne donne rien. C'est alors sur les conseils de son médecin, que la malade entre à l'hôpital. Ce n'est que depuis huit jours que des picotements sont ressentis au niveau de la tumeur, qui n'avait jamais été douloureuse auparavant.

Dans les antécédents personnels, Mme Bl... est mariée, a un enfant bien portant, n'a pas fait de fausses couches, rien à signaler au point de vue pulmonaire; rien dans les antécédents héréditaires.

L'état général n'est pas altéré.

Examen. — Sous la clavicule droite, à mi-chemin entre l'articulation de l'épaule et le sternum, existe une tumeur du volume du poing, qui soulève le grand pectoral. La peau est libre, souple, sans circulation collatérale. Au niveau du bord inférieur du grand pectoral, la tumeur fait saillie derrière la paroi antérieure de l'aisselle, sa surface est régulière, un peu lobulée. On la mobilise sur le plan costal, on ne la détache pas des muscles, et lorsque ceux-ci sont contractés, la tuméfaction est immobilisée; consistance ferme, semble solide. On ne trouve pas de ganglions dans l'aisselle correspondante ni dans la région carotidienne, ni dans l'aisselle opposée: Rien dans le sein.

Aucun diagnostic ferme n'est porté. On a envisagé successivement les hypothèses de lipome, d'abcès froid, de lymphome.

Opération (27 novembre 1930). — Incision longitudinale suivant le bord inférieur du muscle grand pectoral, depuis son insertion humérale jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du mamelon. On met à nu le tendon du grand pectoral. La tumeur apparaît en arrière, on écarte le muscle et on constate qu'elle est incluse dans le petit pectoral; elle s'étend jusqu'à la clavicule et en dehors jusqu'à la coracoïde où elle semble s'insérer.

Dans ces conditions, il paraît périlleux de l'enlever en restant sous le grand pectoral; celui-ci est sectionné transversalement, en prolongeant l'incision à angle droit vers la clavicule. La région s'ouvre alors et on enlève la tumeur en sectionnant le petit pectoral près des insertions costales et à la coracoïde; il y a contact avec le paquet vasculo-nerveux, mais non adhérence.

La masse enlevée représente une tumeur arrondie, un peu bosselée, qui s'effrite presque sous une pression un peu forte. Elle apparaît de structure feuilletée, et cet aspect, ainsi que la couleur blanchâtre, fait penser qu'il peut s'agir d'un kyste hydatique ancien, altéré. Mais nulle part on ne trouve d'élément hydatique reconnaissable. Pas de liquide. Des fragments de la masse sont envoyés à l'examen histologique. Celui-ci constate surtout des foyers de nécrose, avec macrophages et lipophages; il élimine l'hypothèse de néoplasme mais ne peut fournir aucun diagnostic certain.

La suite de l'histoire de la malade devait prouver qu'il s'agissait bien de kyste hydatique.

En 1931, dans le courant de l'été, la malade constate l'apparition d'une petite tumeur au niveau de l'insertion humérale du grand pectoral, du volume d'une noisette; elle n'est pas douloureuse, mobile sous la peau et sur les plans profonds. Depuis, d'autres apparurent à côté, augmentant peu à peu de volume, mais sans jamais provoquer de douleur à leur niveau.

L'état général de notre malade n'a pas fléchi, elle a même engraissé depuis sa première opération. Il faut signaler cependant des phénomènes nouveaux qui sont apparus au cours de la première moitié de l'année 1932 : le bras droit est œdématié, rouge, les veines sont nettement marquées sous la peau; il donne l'impression d'être lourd avec un fonds douloureux permanent et parfois la sensation d'injection d'un liquide chaud.

Devant ce cortège de troubles, Bl... (Armande) revient consulter le Professeur Papin et entre salle 1 à l'Hôpital Saint-André.

Examen. — Dans la cicatrice de la suture du grand pectoral, on sent deux ou trois nodosités du volume d'une noisette chacune, indolentes.

Au niveau de la face interne du bras et s'échelonnant dans la gouttière des vaisseaux huméraux, trois petites tumeurs analogues, du volume d'une noix, de consistance ferme, pas très dures, mobiles sous la peau et sur les plans profonds.

L'*intervention* pratiquée fait découvrir une série de kystes hydatiques, peu volumineux, échelonnés dans la gouttière des vaisseaux huméraux, à la partie supérieure du bras. Ils sont enlevés soigneusement sans être ouverts. Ils sont à paroi mince, à liquide clair, et cet aspect caractéristique, qui fait bien la preuve de la maladie, contraste avec l'apparence très altérée de la première tumeur enlevée.

Plusieurs mois après, la malade est revue en très bon état et sans récidive apparente. Mais on fait une réaction de Weinberg qui se maintient positive.

Au mois d'octobre 1933, la malade s'aperçoit qu'il existe une nouvelle tumeur, peu volumineuse, à deux travers de doigt

au-dessous de la clavicule, mais comme elle n'est pas très incommodée, qu'elle n'a qu'une impression de gêne, de poids, elle ne se fait examiner qu'un an après par M. le Professeur Papin. A ce moment-là, la douleur s'est manifestée, elle accuse en effet des phénomènes douloureux paroxystiques dans le bras et l'épaule, l'obligeant à s'arrêter de travailler. Cela dure parfois trois quarts d'heure, avec répétition dans la journée; la nuit, un calme relatif permet le repos.

Bl... (Armande) entre à l'Hôpital André Boursier pour y subir une troisième intervention chirurgicale qui est pratiquée le 15 novembre 1934.

L'*examen* montre sous la clavicule et en son milieu, une tumeur arrondie, dure, que l'on ne perçoit plus en faisant contracter le grand pectoral. La cicatrice des deux premières interventions est souple et en parfait état. Aucune trace de récidive vers le bras ni vers la poitrine. La tumeur actuelle est évidemment un nouveau kyste hydatique, mais développé plus haut que les précédents, sous la face profonde de la clavicule et qui comprime le paquet vasculo-nerveux.

Opération (15 novembre). — Son ablation est rendue fort difficile du fait de la clavicule, qui masque en partie le champ opératoire. On arrive à enlever, sans l'ouvrir, un kyste hydatique du volume d'une grosse noix verte, coincé entre la clavicule et le paquet vasculo-nerveux. Guérison opératoire sans incident.

Les douleurs vives que ressentait la malade dans le membre supérieur disparaissent immédiatement. Le bras et la main reprennent leur aspect et leurs fonctions normales.

En janvier 1936, cette femme paraît en très bon état, sans récidive appréciable. Un examen de sang ne révèle pas d'éosinophilie.

Observation II.

(Gabriel Mandillon et André Goumain, de Bordeaux.)

Kyste hydatique des muscles adducteurs de la cuisse.

D... (Barthélemy), gendarme, âgé de 40 ans, entre le 27 décembre 1934 à l'Hôpital militaire Robert Picqué dans le service de M. le Professeur agrégé P. Courboulès. C'est, il y a trois mois, en octobre, que le malade s'est aperçu de l'affection qui l'amène à l'hôpital. Il s'agit d'une grosseur siégeant à la région antéro-interne de la cuisse droite. Ayant au début, d'après le malade, les dimensions d'un œuf, cette tuméfaction augmenta progressivement de volume sans s'accompagner pour cela de douleurs ou de gêne et sans qu'il y ait la moindre répercussion sur l'état général; le malade, d'ailleurs, n'interrompit pas son service.

Ce n'est qu'une quinzaine de jours avant son entrée à l'hôpital qu'il a commencé à ressentir au niveau de sa cuisse quelques élancements et qu'il constate qu'au même endroit la peau devient rouge.

Par ailleurs, D... (Barthélemy) a toujours été bien portant. Il est marié et n'a pas d'enfant. Rien donc à signaler dans ses antécédents héréditaires et personnels, si ce n'est une tendance aux bronchites tous les hivers.

Examen. — On se trouve en présence d'un homme vigoureux dont l'état général est tout à fait satisfaisant. Pas de température.

A l'inspection du membre inférieur droit, on note seulement un élargissement appréciable de la racine de la cuisse, sans cependant que l'on puisse voir une voussure (périmètre côté sain, 54; côté malade, 60). A ce niveau, la peau est un peu rouge, sans vascularisation anormale, elle est souple et se laisse facilement plisser.

C'est à la palpation que l'on perçoit le mieux cette tuméfaction. Elle siège à la partie interne de la cuisse, à une dizaine de centimètres environ au-dessous de l'arcade crurale. Il s'agit d'une masse bilobée, ayant le volume d'une tête de fœtus à terme, allongée dans le sens vertical. Elle est plutôt dure, sans fluctuation

nette, indolore et non réductible. Assez profonde, l'épaisseur des plans sus-jacents permet mal de délimiter ses contours.

Elle n'est pas adhérente aux téguments, elle est mobile sur les plans profonds lorsque la cuisse est dans le relâchement musculaire. Mais elle se fixe si, ayant mis la cuisse en abduction, on demande de la ramener en adduction et que l'on s'oppose à cette manœuvre.

Matité absolue à la percussion.

Il n'existe aucune gêne des mouvements de la hanche, tant actifs que passifs.

On note quelques petits ganglions à la racine du membre inférieur droit, autant d'ailleurs que du côté opposé.

L'examen complet du malade se montre négatif.

Rien aux poumons, ni cliniquement, ni radioscopiquement.

Rien de digestif.

Foie et rate normaux. Toucher rectal ne montre rien d'anormal.

Appareils cardio-vasculaires et génito-urinaires en excellent état. Pouvant penser à la possibilité d'un abcès ostéo ou arthrifluent, on examine soigneusement la colonne vertébrale, le bassin, les hanches. Des radiographies sont faites; tout est absolument négatif.

Urée sanguine, 0 g. 28.

B.-W., négatif.

Vernes-résorcine, 30.

En présence d'un tel malade, trois diagnostics sont possibles : ceux de myosite bacillaire, de myxosarcome et celui de kyste hydatique musculaire.

M. le Professeur agrégé Courboulès ponctionne la tuméfaction le 31 décembre et retire quelques centimètres cubes de pus. Sous anesthésie locale, il prélève un fragment de la tumeur, qui se présente comme un volumineux abcès à coque épaisse. Evacuation du pus et drainage.

Examens de laboratoire :

Pus : leucocytes nombreux, pas de germes, pas de B. K. Cultures négatives.

Biopsie : Tissu de granulation avec coque scléreuse. Cellules géantes rares, pas de zone de caséification. Pas de B. K.

Inoculation au cobaye.

A la suite de cette intervention, il persiste une fistule.

Le 25 janvier 1935 (P. Courboulès, Mandillon), *intervention* sous rachianesthésie. Incision antéro-interne partant du pli ischio-crural. Dissection, à travers les muscles adducteurs, d'une tumeur à paroi épaisse et dont le centre suppure.

Au cours de l'intervention, on ouvre plusieurs fois la poche. Le contenu est à la fois sébacé, fongueux et par ailleurs hyalin. On trouve même des fragments importants de membrane hyaline analogue à celle de kyste hydatique.

Après la dissection de cette première poche, relativement superficielle, on est conduit par deux pertuis dans deux nouvelles poches plus profondes. L'une, supérieure, remontant du côté du petit trochanter (mais sans l'atteindre); l'autre, franchement postérieure.

Ablation aussi complète que possible; avant la fermeture, on lave au formol, puis on touche la surface cruentée au chlorure de zinc. Fermeture avec deux gros drains aboutissant aux deux foyers principaux. Il s'agissait donc à peu près certainement d'un kyste hydatique des adducteurs en voie de suppuration. Au cours de l'intervention, étant donné la forme plurilobulée du kyste, il n'a pas été possible de préciser si celui-ci siégeait au niveau du grand ou du moyen adducteur.

Interrogeant le malade, nous apprenons qu'il a fait, il y a deux ans, une poussée d'urticaire qui a duré trois ou quatre jours et qui, lors d'un premier interrogatoire, était passée inaperçue.

Nous avons vu que l'examen des organes de prédilection du kyste hydatique (foie, poumon) avait été négatif. Une étude radiologique de la région hépatique est cependant pratiquée, mais sans montrer rien d'anormal.

Les réactions de Casoni et de Weinberg, faites huit jours après l'opération, sont positives.

L'examen de la formule sanguine donne le résultat suivant :

Neutrophiles, 72;
Eosinophiles, 2;
Monocytes, 8;
Lymphocytes, 18.

Enfin le résultat anatomo-pathologique vient confirmer le diagnostic : membranes blanchâtres et kystes agglomérés en grappes ayant l'aspect de l'albumine cuite et donnant macroscopiquement l'impression de fragments de kyste hydatique.

Le liquide exprimé de ces vésicules donne un culot de sable hydatique avec présence de crochets d'échinocoques et, en plus, de leucocytes dégénérés.

A la coupe, aspect de membrane cuticulaire enkystée sans zones germinatives. Il va sans dire que l'inoculation au cobaye reste négative après deux mois.

Le 8 mars 1935, le malade est exéaté ayant un état général et local excellent. Il n'existe aucune gêne à la marche. La plaie, entièrement guérie, laisse une cicatrice de 20 centimètres à la face interne de la cuisse.

Observation III.

(Loubat et Lartigaut, de Bordeaux.)

Kyste hydatique des muscles du dos.

Une jeune femme de 20 ans, habitant dans le département de la Gironde la lisière nord des Landes, est venue nous trouver pour une tumeur de la région dorsale dont la présence a été constatée en août 1911, alors que son volume était celui d'une petite noix. La tumeur, arrondie, indolore, n'a été perçue que par hasard. Depuis, elle a augmenté lentement et progressivement de volume sans occasionner le moindre trouble local, sans le moindre retentissement général, si bien qu'actuellement elle présente les dimensions d'un gros œuf de dinde sans gêner le moins du monde la malade.

Nous ne relevons en effet aucun accident dans le passé de cette jeune femme. Elle n'a présenté aucun trouble digestif, pas de prurit, pas d'urticaire. Elle est parfaitement réglée.

Lorsqu'on examine la malade, qui est un peu pâle et de structure assez faible, on aperçoit au niveau du dos une tuméfaction

un peu allongée dans le sens vertical, siégeant entre le bord interne de l'omoplate gauche et la ligne médiane, qu'elle effleure. Elle s'étend sur la hauteur des 3e, 4e et 5e apophyses épineuses dorsales, mesurant environ 10 centimètres de longueur sur 7 de largeur. A son niveau, la peau ne présente aucune modification.

Il y a là une tumeur du volume d'un œuf de dinde, à surface régulièrement arrondie, lisse, de consistance nettement fluctuante, mais sans forte tension. Elle n'adhère pas à la peau et est assez profondément située dans l'épaisseur des muscles de la région, qui l'immobilisent complètement pendant leur contraction.

Au repos, cette tumeur est légèrement mobilisable, et si en dedans on ne peut la séparer de la ligne des apophyses épineuses, en dehors le bord interne de l'omoplate peut s'en éloigner facilement pendant les mouvements imprimés à cet os.

La tumeur est mate à la percussion, qui ne fait pas naître le frémissement hydatique.

Du côté des régions avoisinantes nous ne retiendrons que la présence d'un point un peu sensible à la pression, au niveau de l'apophyse épineuse de la 4e dorsale correspondant à la partie moyenne de la tumeur. D'ailleurs, hâtons-nous d'ajouter que c'est là la seule particularité relevée du côté de la colonne vertébrale, qui est indolore partout ailleurs, qui est parfaitement souple en tous ses points. Pas le moindre phénomène de compression médullaire.

L'examen des divers organes, en particulier des poumons et du foie, est négatif.

Le Weinberg n'a pas été fait.

Eosinophilie, 3,58 p. 100.

En présence de cette tumeur, nous pouvions assez facilement éliminer une tumeur solide; le lipome intramusculaire, le sarcome, pouvaient seuls prêter à confusion par leur consistance, mais ils diffèrent par d'autres caractères. Deux diagnostics restaient en présence, celui d'abcès froid et de kyste hydatique. Celui-ci retint moins notre attention à cause de la rareté de l'échinocoque à ce niveau-là, et nous pensions surtout à la présence d'un abcès froid

symptomatique, d'une lésion tuberculeuse vertébrale limitée à une apophyse épineuse, d'un mal de Pott postérieur.

La ponction exploratrice pouvait seule nous éclairer, et nous la pratiquâmes après avoir prévu les diverses éventualités, en préparant l'éther iodoformé, et une solution formolée. L'aiguille laisse écouler 40 à 50 cm³ d'un liquide clair, eau de roche, absolument caractéristique, dans lequel, d'ailleurs, un examen ultérieur démontra la présence de crochets.

Après l'évacuation de la poche, nous injectâmes aussitôt, sans retirer l'aiguille, 20 cm³ d'une solution formolée à 5 p. 100 (plus concentrée que la solution de Quénu), qui fut évacuée complètement au bout de six minutes.

A la suite de cette ponction, on ne nota aucun accident toxique, et trente-six heures après le kyste est extirpé, la cavité s'était encore remplie de liquide, mais sous faible tension.

Anesthésie chloroformique. Incision longitudinale passant au centre de la tumeur. Sans autre injection formolée, extirpation complète du kyste, sans ouverture, en passant en dehors de la membrane adventice qui doit être isolée des fibres musculaires et aponévrotiques qui se jettent sur sa face externe. Le kyste est développé au-dessous du trapèze, dans l'épaisseur du rhomboïde et du petit dentelé postérieur et supérieur. Surjet des lèvres musculaires. Suture cutanée au crin, en laissant dans la plaie un petit drain qui est enlevé au bout de quarante-huit heures. Les suites furent parfaites, et la malade sortit guérie de la maison de santé au bout de dix jours.

Le kyste présente une membrane adventice de 3 à 4 millimètres, très résistante, fibreuse, présentant des trousseaux musculaires et aponévrotiques adhérents en certains points de la face externe.

La membrane mère est rétractée, épaisse également de 3 à 4 millimètres, blanche, ovoïde, ne présente qu'un petit orifice laissé par la ponction de l'aiguille et contient une petite quantité de liquide légèrement trouble, pas de vésicules filles.

Observation IV.

(Charles Lasserre, de Bordeaux.)

Kyste hydatique de la région lombaire droite.

Mme G..., 35 ans, a été examinée pour la première fois le 25 mai 1922. Elle habite Bordeaux depuis de longues années. Sa taille est bien au-dessus de la moyenne, elle est fortement musclée, et sa santé a toujours été excellente.

En février 1921, elle ressentit pour la première fois des phénomènes douloureux qui attirèrent son attention. Il s'agissait d'une gêne surtout accusée en fin de journée et intéressant les mouvements de flexion et d'extension de la colonne vertébrale.

En octobre 1921, la malade constate au niveau de la région lombaire droite une tuméfaction qui semble disparaître à certains moments. Elle ressent des douleurs plus vives qu'au début, surtout après avoir fatigué.

En même temps s'installent de nouveaux symptômes : toux sèche, quinteuse, sans expectoration, amaigrissement, qui amènent la malade à son médecin de famille. Elle lui fait part de ses craintes, et celui-ci, ayant l'attention attirée vers la colonne vertébrale, aurait, paraît-il, pensé à une déviation scoliotique.

En mai 1922, le Docteur P... est consulté et nous adresse la malade avec le diagnostic probable de mal de Pott dorsal.

Etat actuel le 25 mai 1922 : Dans la région paravertébrale droite se trouve une vaste tuméfaction fusiformé empiétant sur la région sacrée et se prolongeant jusqu'à la région dorsale moyenne. Les contours en sont flous dans l'extension forcée de la colonne vertébrale et deviennent mieux délimitables dans le relâchement. Ce relief est d'une parfaite régularité. Il mesure en longueur 25 centimètres et en largeur 10. Le bord interne répond à la ligne des apophyses épineuses. Le bord est aux limites latérales de la masse sacro-lombaire. La peau est saine, elle se déplace normalement sur les plans sous-jacents. La tumeur est uniformément résistante, et son exploration pratiquée en décubitus ventral donne l'impres-

sion de contenir du liquide sous tension, bridé par un surtout musculaire.

On arrive dans l'état de relâchement musculaire à imprimer quelques mouvements latéraux de faible amplitude; la contraction bloque et durcit la collection.

La recherche du frémissement hydatique n'est pas pratiquée, on a l'impression d'une collection intra ou sous-musculaire.

La colonne vertébrale est explorée. Cliniquement, deux apophyses épineuses sont douloureuses (6e et 7e dorsales); il y a une contracture localisée des spinaux des deux côtés, enfin les mouvements de flexion, d'extension, d'inclinaison latérale du rachis, sont limités et douloureux.

Une radiographie est pratiquée et confirme l'examen clinique. Le radiographe conclut après interprétation du cliché à une lésion nette intéressant les 5e et 6e corps vertébraux.

Fort de cette opinion et après avoir remarqué nous-même quelques signes radiographiques pouvant être rapportés à une lésion vertébrale, nous pensons à un abcès ossifluent postérieur, dû à un mal de Pott dorsal. Le 17 juin 1922, nous pratiquons, en présence du médecin traitant, une ponction évacuatrice, mais celle-ci reste infructueuse, une minime quantité de liquide très clair s'écoule, puis l'aiguille se bouche. Nous aspirons et nous retirons des débris de membrane hydatique. Dès lors, le diagnostic s'impose, et nous décidons une intervention sanglante.

Incision de 20 centimètres en pleine masse sacro-lombaire droite. Le bistouri traverse un plan musculaire d'une épaisseur de 1 centimètre et libère, après avoir ouvert une collection, des milliers de vésicules, qui, pressées, se dispersent sur le champ opératoire. Elles sont de dimensions diverses allant de la grosseur d'un pois à la grosseur d'un petit œuf de poule.

La poche est disséquée et se montre comme constituée par trois ou quatre cavités secondaires qui fusent vers le haut et en profondeur. Une de celles-ci s'enfonce en pleine masse sacro-lombaire jusqu'au contact du sacrum. Trois apophyses épineuses sont dénudées : 5e, 6e, 7e vertèbres dorsales. L'exploration de la membrane adventice la montre comme se prolongeant vers le haut jusqu'au

plan intercostal qu'elle comprime, sans le perforer. Nous pratiquons la marsupialisation du kyste avec drainage, après avoir formolé la poche et lavé sa cavité à l'éther.

Les suites opératoires ont été bénignes et la malade s'est levée au 20e jour. Elle a éliminé pendant un mois des vésicules, puis la cicatrisation s'est opérée. Trois mois après l'opération, issue de quelques vésicules par un trajet fistuleux, injection d'éther dans le trajet.

Une radiographie pratiquée à ce moment ne décèle pas de lésion osseuse. Janvier 1923, nous avons vu la malade, cicatrisation complète.

Observation V.

(Professeurs J. Guyot et Jeanneney, Bordeaux.)

Kyste hydatique du sterno-cléido-mastoïdien.

R... (J.), jeune homme de 25 ans, exerçant la profession de cultivateur à Sore (Landes). Sans antécédents personnels notables, il racontait qu'il y a trois ans, faisant son service militaire dans le département de l'Ain, il remarqua, par hasard, l'existence sur le côté droit de la région antéro-latérale du cou, d'une tumeur qui à ce moment-là avait le volume d'une noix, siégeant au-dessus de l'extrémité interne de la clavicule.

Le médecin-major qui le vit alors pensa probablement à une lésion bacillaire, car il ordonna un traitement avec comme base l'huile de foie de morue. Il est vrai de dire que la mère de ce jeune homme est morte à l'âge de 22 ans d'une affection pulmonaire suspecte.

Malgré ce traitement et les applications locales de teinture d'iode, la tumeur continue à grossir sans s'accompagner jamais d'aucune douleur ou de la moindre gêne fonctionnelle.

Rentré dans ses foyers après sa libération, cet homme se décida sur le conseil de son médecin, le Docteur Callen (de Sore), à entrer dans notre service à l'Hôpital Saint-André de Bordeaux.

Au moment de notre examen, R... (J.) se présente à nous avec un excellent état général; il s'agit d'un sujet jeune et vigoureux.

L'examen attentif de ses différents viscères ne révèle aucune altération fonctionnelle apparente. A l'inspection de la région cervicale, on est frappé par l'existence sur le côté droit du cou d'une tumeur du volume d'une grosse mandarine, qui siège dans la région du muscle sterno-cléido-mastoïdien. La peau qui recouvre cette région est normale, sans lésions inflammatoires, ni circulation veineuse collatérale. La configuration générale de la tumeur est régulière, ovoïde et de consistance assez ferme. La surface est lisse sans aucune bosselure. La palpation est absolument indolore et ne révèle aucun signe particulier, ni fluctuation, ni frémissement hydatique.

L'attitude du cou est normale; pas la moindre inclinaison vicieuse de la tête, nulle gêne dans les mouvements de celle-ci. La saillie anormale et disgracieuse est le seul trouble fonctionnel occasionné par cette tumeur qui a sensiblement augmenté de volume depuis quelques temps.

Si cette masse est indolore, lisse et de consistance rénitente, elle est aussi mobile dans le sens transversal, quoique sa mobilité soit limitée par des connexions claviculaires assez serrées.

Lorsqu'on commande au malade de faire contracter le muscle sterno-cléido-mastoïdien, la mobilité disparaît complètement, la tumeur devient absolument fixe, immobile et semble faire corps avec le muscle contracté. Mate à la percussion, elle ne présente ni battements, ni expansion, ni souffle; elle paraît tout à fait indépendante de la trachée, du corps thyroïde et des gros vaisseaux de la région.

Examen hématologique. — Eosinophilie, 1,33. Pas de Weinberg.

Devant de tableau clinique, le malade étant originaire des Landes et ayant eu une de ses tantes morte d'un volumineux kyste du foie, le diagnostic de kyste hydatique du tiers inférieur du sterno-cléido-mastoïdien est porté et une opération proposée au malade, qui l'accepte.

Celle-ci fut pratiquée sous chloroforme le 23 mai. Après incision, on se rend compte qu'il s'agit bien d'une tumeur du muscle, car quelques fibres musculaires sont essaimées à la surface de la tumeur dont la coque a un aspect blanchâtre et brillant.

Sans ponction préalable, celle-ci est isolée par en bas de la clavicule, à laquelle la rattachent quelques fibres musculaires charnues qui s'insèrent directement sur la paroi kystique. Après ablation du kyste, on rapproche les fibres sectionnées par quelques points de catgut, hémostase, suture de la peau au crin de Florence avec mise en place d'un drain très mince à la partie déclive.

Suites normales sans incidents, cet homme quitta le service tout à fait guéri, le 30 mai.

La tumeur, présentée à la Société anatomo-clinique de Bordeaux le 26 mai, est constituée par une poche unique, assez épaisse, ne renfermant aucune hydatide fille. Le liquide hydatique est riche en crochets caractéristiques.

Observation VI.

(Pheulpin, de Belfort.)

Kyste hydatique du grand pectoral droit.

W... (Louis), Alsacien, originaire d'Heimsbrunn, près de Mulhouse, incorporé au 35e R. I. en novembre 1927.

Il est envoyé à la consultation chirurgicale de l'Hôpital militaire de Belfort pour une tumeur indolore du grand pectoral droit, gênant le port du sac et du fusil.

Ce jeune soldat déclare que depuis le mois de septembre 1927, il a remarqué dans la région pectorale droite, et par hasard, une petite nodosité de la grosseur d'un petit pois qu'il pouvait mobiliser facilement sans aucune douleur. Ce n'est qu'en voyant cette petite tumeur s'accroître au point de le gêner dans son service qu'il s'est présenté au médecin.

A l'examen pratiqué le 14 février 1928, on constate une tumeur ovoïde, de la taille d'une grosse noix, incluse dans le grand pectoral droit à quatre travers de doigt au-devant et au-dessus du mamelon. Cette tumeur fait corps avec le grand pectoral, qu'elle suit dans ses mouvements. Elle s'immobilise complètement par la

contraction musculaire, sans modification de sa forme ou de son volume. Comme elle est assez près du tendon musculaire, on peut la pincer dans le sens antéro-postérieur, en glissant les doigts sous les muscles. Elle offre la même consistance très dure partout, sans zone dépressible, au point que le médecin qui me l'adresse a porté le diagnostic d'ostéome musculaire. Incluse dans le muscle, elle est indépendante de la paroi thoracique et de la peau. Aucun empâtement, aucune adénite de voisinage.

L'examen général du malade ne montre aucune atteinte, soit du poumon, soit d'autres organes; pas de syphilis, ni de tuberculose, aucun traumatisme antérieur, le malade n'a jamais souffert, n'a jamais eu de démangeaisons, ni d'urticaire.

Malgré la consistance osseuse de cette tumeur, ayant eu l'occasion à deux reprises de voir de semblables kystes hydatiques musculaires de cette région, l'un en 1889 à l'Hôpital de Mustapha, dans le service de M. le Professeur Curtillet, chez un jeune Arabe; le second chez un autre Arabe à l'Hôpital de Vaugirard, en 1919, kyste diagnostiqué avant l'intervention par M. le Docteur Capette, j'eus l'impression qu'il s'agissait d'un kyste de cette nature.

La réaction de Weinberg et Parvu, pas plus que la cuti-réaction, n'ont pu être faites. Mais une recherche de l'éosinophilie sanguine montra 10 p. 100 d'éosinophiles, et, malgré sa non-spécificité, donna une base de plus au diagnostic qui justifia l'intervention faite le 16 février 1928.

Sous anesthésie locale à la novocaïne, je trouvai, difficilement isolable des fibres musculaires du grand pectoral qui semblait s'insérer sur lui, un kyste très dur enlevé en bloc.

A l'ouverture de sa coque, très épaisse, plus de 1 millimètre, il s'écoule, sous forte pression, un liquide laiteux, grumeleux et deux hydatides secondaires de la grosseur d'une cerise, de la transparence et la consistance habituelles. Dans le liquide laiteux, après dilution et éclaircissement par l'acétate de potasse, mon camarade Rapp trouve de nombreux crochets échinococciques libres.

L'examen histologique fait par lui montre l'épaississement

fibreux de la paroi du kyste qui semble s'être complété par la dégénérescence des fibres musculaires qui ont fait corps avec la paroi primitive et expliquent en partie la dureté de cette tumeur. Il constate aussi les nombreuses cellules éosinophiles de la couche externe de la paroi du kyste, qui expliquent l'éosinophilie assez marquée constatée et qui ne disparut que trois semaines après l'intervention.

Consistance quasi-osseuse de la tumeur, due, je crois, au développement de la paroi sous l'influence des compressions et tiraillements constants par les puissantes fibres du grand pectoral, avec comme conséquence l'augmentation de la pression intérieure du kyste en voie de développement qui pourrait en imposer pour une tumeur osseuse.

Observation VII.

(Pigeon et Bernasconi, Alger.)

Kyste hydatique du psoas.

F... (Mohammed), hospitalisé le 31 octobre 1926 à l'Hôpital Maillot. Il présente au niveau de la fosse lombo-iliaque gauche une tumeur arrondie, faisant une saillie appréciable à la vue et dont le point culminant se rapproche davantage de la ligne médiane que de l'épine iliaque. A la palpation, cette tumeur apparaît intra-abdominale, d'un volume un peu supérieur à celui d'une tête de nouveau-né. Elle est dans son ensemble régulière, sphérique; mais alors qu'elle est mobile sur les plans antérieurs, elle semble adhérente dans la profondeur, elle ne donne pas la sensation de contact lombaire et encore moins de ballottement rénal, elle est mate, tendue, légèrement rénitente.

Cette tumeur s'est développée progressivement, depuis plusieurs mois, sans douleur. Le malade est de constitution vigoureuse. Il présente à son arrivée à l'hôpital une fièvre assez élevée, oscillant aux environs de 39 degrés, si bien qu'on songe un moment à la possibilité d'un abcès; mais la palpation de la tumeur n'est pas

douloureuse et la numération globulaire n'est pas celle d'une infection franche.

Globules rouges, 4.700.000;
Globules blancs, 8.100;
Polynucléaires, 78;
Eosinophiles, 0;
Grands monos, 16;
Lymphocytes, 6.

Les suites devaient confirmer d'ailleurs que cet état fébrile n'était pas en rapport avec le développement de la lésion en cause; la fièvre tombait rapidement au bout de quatre ou cinq jours, alors que celle-ci ne subissait aucune modification.

En raison de l'absence de tout symptôme du côté du tube digestif, de toute réaction péritonéale, nous inclinons à penser qu'il s'agit d'une tumeur non intra, mais rétro-péritonéale.

Urines normales. La lésion est trop antérieure, trop basse pour appartenir au rein. Elle nous semble donc s'être développée dans l'espace ilio-lombaire, et bien que la réaction de Weinberg et la cuti de Casoni soient négatives, en raison de ses caractères de rénitence, de tolérance, de l'intégrité de l'état général, nous portons le diagnostic de kyste hydatique.

Néanmoins, pour éliminer d'une façon définitive le rein, qui aurait pu se trouver en ectopie lombo-iliaque, nous décidons de faire un cathétérisme urétéral suivi de pyélographie.

La sonde urétérale pénètre facilement de 30 centimètres et donne issue en jet à 80 centimètres cubes d'urine claire. Il y a donc hydronéphrose importante. 80 grammes de bromure de sodium sont injectés pour prendre le film. Sur la graphie, on voit l'uretère dilaté en doigt de gant à partir de l'apophyse transverse de la 4e vertèbre lombaire jusqu'au bassinet, lui-même considérablement dilaté, ainsi que les calices. Immédiatement au-dessous de cette dilatation urétérale, on voit la sonde décrire une courbe en arc de cercle en dedans et à droite, franchissant même la ligne médiane pour regagner la zone urétérale gauche. Cet arc de cercle équivaut presque à une demi-circonférence.

Notre hypothèse de tumeur rétro-péritonéale se trouvait ainsi confirmée. Intervention le 17 janvier 1927.

Rachianesthésie segmentaire, 9e espace interdorsal à l'allocaïne Lumière, solution à 10 p. 100 dans le sérum physiologique : 1 cm³.

Tumeur rétropérinéale, en grande partie iliaque, étalée sur le bord du psoas dont quelques faisceaux élongés tapissent la face antéro-externe. Il apparaît donc bien qu'elle a son origine dans les parties superficielles du muscle. Son aspect corrobore celui qui avait été imaginé d'après les constatations cliniques, et le diagnostic de kyste hydatique est confirmé.

Kyste multiloculaire renfermant un grand nombre de vésicules filles. Son adventice adhère intimement aux tissus voisins. On formolise les plus grosses vésicules qu'on expulse d'abord, puis on arrive à vider tout le contenu de la membrane qu'on tamponne encore au formol. Il ne peut être question de l'extirper en raison de sa fusion avec les organes importants du voisinage : vaisseaux, uretère. On la capitonne et on la fixe à la paroi par deux anses de catgut; une mèche peu épaisse, mais profonde, plonge jusqu'au contact de la membrane.

Suture régulière de la paroi en ménageant l'orifice de sortie de la mèche et celui d'un drain. Mèche et drain sont enlevés le surlendemain. Réunion *per primam*. Guérison sans incidents.

Une nouvelle pyélographie est faite avant la sortie du malade de l'hôpital. Elle montre que l'uretère a repris sa place normale, mais que la dilatation urétéro-rénale persiste. Il est à craindre que ces lésions soient définitives.

Observation VIII.

(Pedro Jauregui et José L. Monserrat, de Buenos-Ayres).

Kyste hydatique calcifié du muscle psoas.

C... (Pedro), 42 ans, Argentin. Il n'a pas d'antécédents intéressants. Il y a un mois (février 1928), en faisant un effort, il a senti une douleur dans la région de la fosse iliaque droite et, en

passant la main sur cette région, il a remarqué la présence d'une tumeur. Quoique cette tumeur n'ait pas déterminé postérieurement de douleur, ni aucune répercussion sur l'état général, le malade se décide à rentrer à l'hôpital, parce qu'il a remarqué l'augmentation progressive de la tumeur. Il n'y a pas eu d'ictère ni de troubles urinaires ou digestifs. Il n'y a pas eu d'urticaire, ni de fièvre. La fosse iliaque droite est totalement occupée par une tumeur. La couleur de la peau est normale, la tumeur n'est pas douloureuse spontanément, ni à la pression. La surface se présente lisse au palper, et la grandeur de la malformation peut se comparer à celle de la tête d'un fœtus à terme. Rénitente, immobile, s'approchant de la ligne médiane avec son bord supérieur arrondi et dur, la tumeur se trouve séparée de la matité hépatique par une zone sonore et, au-dessous, se perd dans le petit bassin, où on la retrouve par le toucher rectal.

La formule hématique est normale, sans éosinophilie.

Intradermo-réaction franchement positive.

L'examen radiologique par ingestion et lavement démontre l'existence d'une tumeur qui déplace vers la ligne moyenne le cæcum et le côlon ascendant, sans déformation, présentant un aspect tigré dû à la calcification partielle de ses parois. La grandeur peut se comparer à celle d'une orange irrégulière.

Opération (15 mars 1928). — Anesthésie rachidienne. Incision de 12 centimètres sur la tumeur, deux travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure, parallèle à l'arcade de Poupart. On incise la peau, le tissu cellulaire, les muscles obliques et le transverse. On arrive sur le *fascia transversalis* et la face externe de la tumeur. Celle-ci est rénitente, sa surface parsemée par des plaques très dures. La ponction permet l'extraction d'un liquide épais, jaune. On aspire, au moyen de l'aspirateur de Finochietto, un demi-litre de substance hydatique (*papilla hydatica*). Apparaissent des vésicules vivantes et d'autres en dégénérescence gélatineuse (on a fait des cultures avec cette substance, dont les résultats ont été négatifs).

On cherche un plan de clivage entre la membrane périkystique et les plans voisins. On peut le réaliser partiellement et on remar-

que que le kyste est rétropéritonéal et a déplacé en haut le rein droit, dont le pôle inférieur peut se palper. En dedans, on voit l'uretère, les vaisseaux et les filets du plexés lombaire qui s'étendent entre la membrane périkystique et le péritoine. Au-dessous, le kyste, au contraire, a fait disparaître totalement les muscles iliaques, de telle manière que toute la fosse iliaque interne, vue de l'intérieur du kyste après la résection partielle, apparaît couverte d'une couche conjonctive si mince qu'on peut percuter l'os sur toute son étendue.

Après l'évacuation du kyste, on lave la cavité au moyen d'une solution de formol à 10 p. 100, et on peut vérifier que le kyste a eu son siège primitif dans le muscle iliaque, disparu presque totalement, et que les fibres du psoas se terminent et se fixent dans la partie postérieure et supérieure du parenchyme. Le paquet obturateur a été déplacé en dessous et en avant, car le kyste pénètre un peu dans le petit bassin : les vaisseaux iliaques externes et le nerf crural se trouvent aussi déplacé en dessous et en avant.

On pratique l'extirpation des trois quarts de la membrane périkystique, sauf la portion interne et inférieure, parce qu'elle est fortement adhérente aux organes mentionnés. Au-dessous peuvent se fixer, à la membrane périkystique, les fibres inférieures du psoas, qui est très grêle.

L'évolution a été très favorable, le malade est guéri, avec cicatrisation totale en cinquante-cinq jours.

Observation IX.

(Pedro Jauregui et José L. Monserrat, de Buenos-Ayres.)

Kyste hydatique calcifié du muscle psoas.

P... (Juan), 51 ans, Argentin, entré le 13 juin 1928. Antécédents sans intérêt.

En 1913, il a remarqué, au-dessous de l'aine, une tumeur qui croissait sans déterminer de troubles au commencement; mais, deux ans plus tard, le volume de la tumeur l'obligea à consulter un chirurgien.

Celui-ci pratiqua une opération, mais ne put réaliser l'extirpation de la tumeur; d'après les symptômes, le chirurgien n'avait pas soupçonné qu'il pût s'agir d'un kyste.

Comme suites opératoires malheureuses, les conséquences d'une section du nerf crural. Le malade a passé des années à traiter sa paralysie; mais lentement la tumeur s'accrut et devint très volumineuse.

Au moment de son entrée dans notre service, le malade présente une paralysie des muscles innervés par le crural, des zones d'anesthésie incomplète et des troubles trophiques discrets.

La fosse iliaque gauche se trouve occupée par une grosse tumeur visible, fixe, non douloureuse, atteignant en dedans la ligne blanche et, en haut, le rebord des côtes, en contact avec la paroi abdominale, qui ne présente pas d'altérations et qui n'adhère pas à la tumeur.

En bas, celle-ci est saillante au-dessous de l'arcade de Poupart, qu'elle déplace en avant, spécialement du côté externe, se continuant avec une autre tumeur dure, située dans la région inguino-crurale.

La tumeur, donc, apparaît comme si elle possédait deux lobes, à cause de l'arcade de Poupart, le segment supérieur plus grand que l'inférieur. La tumeur est immobile, ne se déplace pas avec la respiration. Elle ne gêne pas la miction, ni la défécation. Il n'y a pas de troubles vasculaires, ni d'hyperthermie. L'intradermoréaction a été négative. La formule hématique a donné :

Hématies, 2.680.000;
Leucocytes, 4.200;
Polynucléaires, 74;
Lymphocytes, 25;
Mononucléaires, 1;
Hémoglobine, 45 p. 100;
Valeur globulaire, 0,88;
Rapport globulaire, 1/638.

L'examen radiologique (radiographie à l'aide d'un lavement) a montré un grand déplacement du côlon gauche, par ailleurs sans

altération et, à la périphérie de la tumeur, des taches tigrées correspondant à la calcification des parois.

Le 18 juin 1928, l'un de nos auxiliaires fait la biopsie de la tumeur de la région inguino-crurale. Il extrait 5 fragments de la paroi que l'on fixe pour l'examen.

Le 9 juillet, le malade sort de l'hôpital et, deux jours plus tard, rentre parce que la plaie de la biopsie suppure et lui détermine de la douleur. C'est alors que nous avons pu établir le diagnostic de kyste hydatique par l'expulsion de vésicules hydatides et de pus.

Opération. — Anesthésie générale (Roth-Draeger), incision au-dessus de l'arcade de Poupart et parallèle à celle-ci, comme pour l'investigation de vaisseaux iliaques externes. On incise la peau et les muscles et on trouve une coque dure et épaisse, qui, par l'incision, laisse couler abondamment de la substance hydatique et des détritus nécrotiques fétides. On extrait 8 litres environ de liquide au moyen de l'aspirateur. Les vésicules vivantes sont peu abondantes.

On agrandit l'incision et on fait une exploration qui démontre que la cavité se prolonge en haut vers les insertions du psoas, qui a disparu, comme le muscle iliaque. La paroi postérieure, à ce niveau, se trouve en contact avec la fosse iliaque interne.

Cette cavité s'étend sous l'arcade de Poupart vers la partie externe de la cuisse. On pratique une contre-ouverture au niveau de la région antérieure de la cuisse et on place des drains en gomme.

On a extrait aussi des morceaux de parenchyme pour en faire l'étude histologique.

L'évolution a été simple. La cavité s'est réduite peu à peu jusqu'à la cicatrisation complète en trois mois.

Observation X.

(H. Bousquet, de Clermont-Ferrand.)

Kyste hydatique du grand adducteur de la cuisse droite.

P... (Antoine), 39 ans, employé à la Manufacture de tabacs de Riom, est hospitalisé le 6 avril 1911 parce qu'il présente une tumeur de la cuisse droite.

La tumeur occupe toute la région interne de la cuisse, depuis le pli génito-crural jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du condyle fémoral; elle constitue une masse qui a l'air de faire saillie entre les muscles de la région interne et sur laquelle la peau est parfaitement lisse et saine.

Uniformément dure, sans aucune saillie, cette masse est régulière; toutefois, à sa partie médiane, existe une partie accuminée, où l'on a nettement la sensation de l'existence d'une petite poche liquide. Elle n'adhère pas au fémur, car si on la prend à pleine main, on lui imprime un mouvement de latéralité manifeste qui montre bien qu'elle n'a aucune intimité avec l'os.

A la percussion, matité absolue, pas de fluctuation. En certains points il semblerait y avoir une sorte de rénitence, mais cette sensation est trop fugace pour que l'on s'y arrête.

Une ponction faite avec une seringue de Pravaz à la partie fluctuante signalée au point culminant de la tumeur permet de retirer du liquide légèrement opaque.

Bon état général.

P... a commencé il y a dix-huit mois à ressentir des « piquées » dans le membre, il les attribuait aux efforts qu'il faisait, car il charge de lourds fardeaux. Le membre a grossi, d'abord lentement, puis avec une assez grande rapidité depuis le mois de janvier dernier.

Le diagnostic porté est lipome ou lipo-sarcome.

Opération (le 10 avril). — Anesthésie au chloroforme, incision de 22 centimètres environ. A l'extrémité inférieure de l'incision, on voit s'écouler, non sans un certain étonnement, un liquide

purulent. Le droit interne qui passe sur la masse est récliné, et on arrive sur le vaste interne que l'on est obligé de sectionner longitudinalement pour atteindre la tumeur.

Dès que le muscle est fendu, à la grande stupéfaction de tous, il sort par les lèvres de l'incision environ 150 œufs sans coquille calcaire dont le volume varie de celui d'une perle d'éther, jusqu'aux dimensions d'un œuf d'oie. Ces œufs baignent dans un liquide séro-purulent. Une centaine de vésicules vides s'échappent en même temps. La cavité se trouve dans l'épaisseur du troisième adducteur. La poche est lisse, peu tomenteuse, elle se laisse prendre avec des pinces, on trouve facilement un plan de clivage qui permet de l'enlever entièrement. L'intérieur de la cavité est touchée avec de la teinture d'iode étendue au tiers de son volume d'alcool, on laisse un gros drain, une mèche.

Au moment de suturer, on voit au point culminant de la tumeur, là où la fluctuation a été signalée, une vésicule greffée dans le tissu cellulaire, constituant une poche indépendante que l'on enlève. Suture des tissus en deux plans, pansement.

Le 20 avril, le malade quitte l'hôpital guéri; il a été revu depuis cette époque, et la guérison ne s'est pas démentie.

Parmi les vésicules observées, on trouve une forte proportion de vésicules filles stériles.

Observation XI.

(Professeur Costantini, d'Alger.)

Kyste hydatique du quadriceps crural.

Une femme de 45 ans vient nous consulter pour une tumeur volumineuse de la cuisse droite siégeant à la partie supérieure et antérieure de celle-ci; le développement a été lent et progressif, n'a jamais déterminé de douleur, mais une gêne fonctionnelle est apparue, due à l'importance du volume de la tumeur.

La peau est normale, souple, ainsi que le tissu cellulaire sous-jacent.

Les contours de cette tumeur ne sont pas absolument réguliers,

la consistance n'est pas uniforme. Mobilité transversale relative, fixité dans le sens longitudinal. La contraction musculaire accroît la consistance et supprime la mobilité. Il s'agissait donc d'une tumeur intramusculaire, nous pensons à un kyste hydatique.

A l'intervention, il existait une coulée de vésicules hydatiques, plus ou moins flétries, formant une masse molle et allongée dans l'épaisseur des muscles de la cuisse droite et sans rapport aucun avec le squelette.

Observation XII.

(Maurice Peraire, Paris.)

Kyste hydatique du biceps.

Mme G..., 37 ans, concierge depuis huit ans.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de 58 ans, bien portant. Mère âgée de 56 ans, bien portante. Quatre sœurs et un frère en bonne santé.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans, régulièrement; pas de maladies de l'enfance, ni de l'adolescence.

Mariée à 20 ans; son mari est mort il y a six ans, de laryngite tuberculeuse. Elle a eu une seule grossesse aussitôt après son mariage; son fils, actuellement âgé de 17 ans, est en bonne santé. La malade signale qu'elle a eu du rhumatisme articulaire aigu deux ou trois mois après la naissance de son enfant, mais n'en a jamais eu depuis.

Le 16 novembre 1911, elle vient nous consulter, parce qu'elle souffre du bras gauche et qu'elle sent, dit-elle, une grosseur.

Examen. — La malade présente au niveau du bras gauche, en dedans et au tiers inférieur, une tumeur ovoïde, du volume d'un petit œuf, qui fait saillie sous les téguments, très nettement visible, lorsque le bras est en extension. Elle est lisse, ovalaire, non adhérente à la peau et paraissant intramusculaire.

Les premières douleurs se sont manifestées depuis le 8 juillet

dernier, à l'occasion d'un effort violent (en tirant un grand panier plein de bouteilles vides), puis la malade constata la présence d'une tumeur petite, mais qui se mit à grossir rapidement et augmentait à la moindre fatigue. Elle se fit masser, puis traiter par l'électrothérapie sans aucun résultat et se décida enfin à se faire sérieusement examiner.

Opération. — Anesthésie locale à la cocaïne. Après incision des téguments, on trouve dans l'épaisseur de la courte portion du biceps, au niveau de sa terminaison aponévrotique, une tumeur allongée, d'aspect blanc nacré et qui s'énuclée assez facilement avec le doigt. Cette tumeur est souple, bien qu'assez tendue. Suture à la soie, pas de drain.

23 novembre : La plaie est en voie de cicatrisation, on retire les fils, pansement sec.

29 novembre : Cicatrice en parfait état, même pansement.

La tumeur ayant été examinée par le Docteur Masson, de l'Institut Pasteur : au point de vue histologique, on a constaté qu'il s'agissait d'un kyste hydatique à poche épaisse, régulière, un peu bosselée, contenant un liquide eau de roche et de nombreuses hydatides filles. Etant donné ce fait, on a interrogé la malade d'une façon minutieuse pour savoir s'il n'y avait pas de chiens dans son entourage et l'on a obtenu les renseignements suivants : elle est concierge dans une maison où l'on n'admet pas les chiens. Cependant, il y a une locataire habitant la maison depuis deux ans, qui possédait en entrant un gros chien caniche âgé, que l'on a bien voulu tolérer. Ce chien était malade et la locataire dut le faire abattre au bout d'un an. La concierge le caressait quelquefois, le laissait entrer dans sa loge. Un autre chien succéda à celui-ci et eut les mêmes faveurs.

Mme J... eut une poussée d'urticaire il y a trois ans.

Un examen complet ne révéla pas d'autre lésion organique; il semble donc que ce kyste soit unique.

Le Weinberg n'a pas été fait.

Observation XIII.

(G. Morard, Clinique ophtalmologique de la Faculté d'Alger.)

Kyste hydatique de l'orbite.

Un homme de 60 ans, indigène des Hauts-Plateaux, présentant depuis trois mois une exophtalmie oblique en dehors à droite, vient à notre consultation. L'affection a débuté il y a huit mois par une baisse progressive de la vision. Signes tumoraux apparus brusquement au niveau de l'angle interne.

Cinq jours après son entrée à l'hôpital, l'examen révèle :

Chambre antérieure effacée. T., 50 mm.

Hypermétropie : 0° + 9 D; 90° + 10 D.

V. non améliorable. Compte les doigts à 50 centimètres. Papille pâle, à bords flous, veines tortueuses, légèrement turgescentes, artères grêles.

Weinberg, +. Eosinophilie, 0. Casoni, +. Extraction, sous anesthésie locale, par voie conjonctivale, d'un kyste hydatique, acéphalocyste, du volume d'une noix, développé aux dépens du droit interne et plongeant dans l'entonnoir musculaire.

Réactions anaphylactiques locale et générale postopératoires. Le malade quitte le service un mois après.

Papille en voie d'atrophie; acuité visuelle inchangée, réfraction, emmétrope, tonus normal.

Observation XIV.

(A. G. Barón et G. Manzanos [Espagne].)

Kyste hydatique du psoas.

L... (F.), 40 ans, garçon de café. Il y a trois ans, cet homme a eu une période de malaises de deux ou trois mois, avec douleurs intenses et vomissements alimentaires.

Pas de coliques, ni ictère. Constipation, surtout depuis quatre mois. Pas d'autres antécédents.

Il y a deux ans, le malade s'aperçoit qu'il existe une tumeur au

rebord costal droit, n'éprouve aucune gêne, mais cette tumeur augmente de volume et occupait déjà il y a un an la fosse iliaque droite.

Examen. — Appareil respiratoire et circulatoire, colonne vertébrale, rien à signaler.

Abdomen : il existe une tumeur du petit bassin et de la fosse iliaque droite, superficielle, plus profonde dans la partie élevée du bassin, mobile latéralement, immobile dans le sens vertical; elle se prolonge vers l'hypocondre, où elle se continue avec la matité hépatique. La partie la plus proéminente donne une tuméfaction lombaire qui est fluctuante. Au niveau de la ligne mamelonnaire, existe un sillon vertical peu profond.

On ne note pas d'ascite, et le toucher rectal est négatif. Dans la bourse droite, présence d'une tuméfaction avec des zones dures et fluctuantes, qui a été ponctionnée plusieurs fois.

Examen du sang :

Hémoglobine, 72 p. 100.
Hématies, 3.820.000;
Leucocytes, 6.900;
Eosinophiles, 1 p. 100.

Quinze jours après :

Hémoglobine, 93 p. 100;
Hématies, 4.430.000;
Leucocytes, 6.000;
Eosinophiles, 2 p. 100.

Examen des urines, rien à signaler.

Casoni positif.

Radiographie du côlon par lavement opaque : la bouillie pénètre jusqu'au cæcum, on ne note pas d'images anormales; le transverse forme un angle aigu ouvert en haut; le cæcum est déplacé vers le centre et se trouve au niveau de la colonne vertébrale. La fosse iliaque et le flanc droit sont perméables aux rayons X.

Le malade est envoyé en urologie, le Docteur Picatoste pratique une piélographie dont le résultat est : tumeur extrarénale qui

dévie le pôle inférieur du rein droit en haut et vers la ligne médiane, déviant aussi l'uretère.

Le diagnostic de kyste hydatique rétropéritonéal est alors porté, avec indication opératoire.

Opération (Docteur Baron). — Après incision de la paroi abdominale, la tumeur est libérée difficilement, mais elle reste immobile à sa face postérieure. Une ponction exploratrice ramène un liquide clair, eau de roche. Il s'agit bien d'un kyste hydatique du psoas, allant des insertions vertébrales sous-diaphragmatiques au ligament de Falope. Sur la face interne il y a une couche de fibres musculaires. Le pôle inférieur atteint le tendon du muscle, d'où obstacle opératoire.

Ablation totale du kyste, comprenant trois cavités, fermeture à plat.

Suites postopératoires. — On déplore une infection de la plaie opératoire, peu intense, mais un foyer de broncho-pneumonie de la base gauche, puis un abcès, aboutirent à une gangrène pulmonaire.

Le malade meurt au bout de trente jours de gangrène pulmonaire confirmée à l'autopsie, l'infection de la plaie opératoire étant guérie.

Observation XV.

(Biagio Picardi, de Sarnano [Macerata].)

Kyste hydatique des muscles lombaires.

C... (F.), 54 ans, agriculteur.

Père et mère morts d'apoplexie.

Dans l'enfance, a eu une maladie avec gonflement articulaire. A 30 ans, arthrite aiguë du genou avec température.

Dans les dix ans écoulés, on signale des traumatismes (chutes de cheval). En 1930, montant à cheval, F... est pris d'une vive douleur lombaire dans la portion inférieure gauche, cela dure quelques jours. Après quelques mois, on s'aperçoit de l'existence dans cette région d'une tumeur de la grandeur d'un petit citron.

En mai 1931, opération, la tumeur était due à deux kystes hydatiques qui furent extraits.

En 1932, la douleur réapparaît.

En mai 1933, au-dessous de cette région, on décèle une nouvelle tumeur. La tumeur la plus haute s'étend jusqu'au niveau du rebord costal, et vers la ligne médiane elle a la grosseur d'un citron. Sa consistance est dure, élastique, uniforme. La peau est mobile sur la tumeur.

Au-dessous, existe une deuxième tumeur, atteignant la grosseur d'un œuf de poule à hauteur des 4e et 4e vertébrales lombaires. Les caractères sont identiques à la première, mais elle semble indépendante de celle-ci.

A la partie inférieure, presque à hauteur de l'articulation sacro-iliaque gauche, on note la cicatrice de l'opération de 1931.

Le patient raconte que la tumeur la plus haute donne depuis quelques semaines une sensation de tiraillement douloureux.

Pas de température, pas d'urticaire.

Opération (novembre 1933). — Anesthésie locale à la novocaïne. Incision longitudinale parallèle aux apophyses vertébrales à quatre doigts de celles-ci, dans la région lombaire gauche. Après avoir incisé l'aponévrose superficielle en correspondance à la tumeur la plus élevée, la masse musculaire fait hernie dans l'incision; les fibres sont ouvertes suivant leur direction, et on découvre une tumeur élastique qui, ponctionnée, donne du pus et des vésicules filles bien reconnaissables. On enlève la membrane propre du kyste, puis un 2e suppuré et un 3e, contenant du liquide clair.

Dans les trois kystes on injecte du formol à 2 p. 100, 3 à 4 cm^3 par kyste. Les trois cavités sont accolées, mais indépendantes dans la tumeur haute. Suture subtotale. Guérison rapide.

A cause du pus, on renvoie à plus tard le traitement de la tuméfaction la plus basse.

Opération (13 juin 1934). — Anesthésie locale à la novocaïne. Après incision on trouve un kyste gros comme une mandarine.

Ponction exploratrice, donne issue à du liquide clair. On injecte du formol, extrait la membrane propre.

La palpation profonde donne l'impression d'un nouveau kyste que l'on sent à travers la cavité périkystique.

Ponction, liquide clair.

Injection de formol et extraction d'un deuxième kyste dont les caractères sont identiques au premier.

On mèche, suture.

Un examen approfondi ne révèle l'existence d'aucun autre kyste.

Observation XVI.

(Professeur Pierre Lombard, d'Alger.)

Kyste hydatique musculaire de la cuisse.

Le 1er octobre 1921, entre salle Dupuytren un ouvrier indigène porteur, depuis son enfance, d'une tumeur de la face antérieure de la cuisse droite; son développement, très lentement progressif, n'a jamais déterminé ni douleurs, ni gêne fonctionnelle appréciable; seul son volume excessif la rend aujourd'hui gênante.

Découverte pour la première fois il y a une trentaine d'années, elle avait à ce moment le volume d'une grosse noix, elle dépasse aujourd'hui celui de deux poings d'adulte, et fait à la partie moyenne de la face antéro-interne de la cuisse une saillie à peu près régulièrement arrondie.

La peau qui la recouvre est normale, sans circulation complémentaire, et doublée d'un tissu cellulaire parfaitement souple. Son contour n'est pas absolument régulier : sa surface est bosselée, ses limites manquent de netteté. Sa consistance n'est pas uniforme : deux saillies superficielles sont franchement fluctuantes et indépendantes l'une de l'autre; la masse sous-jacente paraît bien rénitente, mais au-dessus d'elle, vers la racine du membre, on perçoit un empâtement profond, mollasse, qui donne une sensation de fausse fluctuation.

L'ensemble est mobile transversalement, fixe dans le sens longitudinal, sans contact aucun avec le squelette.

La contraction musculaire en exagère le relief, en accroît la consistance, en supprime la mobilité.

Il n'y a à son niveau ni souffle, ni battements; au-dessous, aucun trouble vasculaire ou nerveux.

Le reste du système musculaire, les différents viscères, sont intacts.

L'examen du sang montre l'existence d'une éosinophilie assez forte (7 p. 100) et l'absence de réaction de Weinberg.

Une longue incision menée dans l'axe de la tumeur conduit sur deux poches de petites dimensions, pleines de liquide eau de roche, et situées immédiatement sous l'aponévrose; derrière elles, dans l'épaisseur du muscle crural, se trouve un kyste volumineux, uniloculaire, lésion initiale. Au-dessus de lui, l'entourant en chapelets ou en grappes, essaimant vers la racine du membre, une série de tumeurs apparaissent, petites, arrondies, régulières, jaunâtres, pareilles à des grains de raisins et qui sont des kystes bourrés de vésicules filles. Tout le tissu cellulaire périmusculaire en est infiltré, on les enlève en bloc avec le crural.

Réunion par première intention. Au moment où le malade quitte l'hôpital, vingt jours après, l'éosinophilie a disparu (1 p. 100); la réaction de Weinberg, faite deux fois après l'intervention, demeure négative.

Observation XVII.

(Jean Bouquet, d'Alger.)

Kyste hydatique suppuré du grand droit.

G... (J.), âgée de 9 ans, présente, depuis plusieurs mois, une petite tuméfaction indolore de la partie supérieure du grand droit.

Brusquement, il y a huit jours, cette tuméfaction est devenue douloureuse en même temps que la température s'élevait.

A l'examen, on perçoit une tuméfaction profonde, paraissant limitée en dehors et en dedans par la gaine du droit, en haut, par le rebord costal; en bas, les limites sont imprécises.

Cette tuméfaction est douloureuse à la pression, et tout mouvement de contraction des droits est très pénible.

La température est à 39 degrés, le pouls à 120.

Le 19 mai 1921, sous anesthésie générale au Schleich, incision

verticale en pleine tuméfaction. Après avoir ouvert la gaine du droit et récliné les bords aponévrotiques, je trouve une tumeur arrondie, très tendue, à parois minces et située dans l'épaisseur du muscle grand droit. Les tentatives d'énucléation, pourtant très prudentes, provoquent l'éclatement de la poche et l'issue d'un liquide purulent, contenant trois petites vésicules filles. Formolage de toute la région. Extirpation complète de tout le kyste. Un examen minutieux du champ opératoire montre que ce kyste est bien seul, isolé dans l'épaisseur du muscle et qu'aucun pertuis ne le met en communication avec une autre localisation hydatique viscérale dont il pourrait être issu. C'est bien là un kyste hydatique primitif du grand droit.

Fermeture de la paroi sur un drain. Réunion *per primam*.

•

Observation XVIII.

(Jean Bertin, Marseille.)

Kyste hydatique des muscles du dos.

Une jeune femme vient consulter, au début de juillet 1917, pour une tumeur indolente siégeant vers la pointe de son omoplate gauche.

Il y avait à peu près quatre ans que cette tumeur avait débuté. De la grosseur d'une noisette à ce moment-là, elle était demeurée stationnaire jusqu'à il y a environ quatre mois. Brusquement, alors, elle se mit à augmenter de volume et atteignit très rapidement les dimensions actuelles, dimensions qui pourraient être comparées à celles du poing.

A aucun moment la malade n'a souffert; seuls les mouvements étaient gênés, bien que le volume de sa tumeur ne paraisse pas avoir pu jouer un rôle direct dans cette gêne. Aucun antécédent personnel ou héréditaire intéressant à retenir.

L'examen de la malade nous révèle la présence d'une tumeur bosselée siégeant sur la face postérieure de l'épaule gauche, étendue du voisinage de la pointe de l'omoplate, le long du bord axillaire de l'os, jusqu'au niveau d'un plan passant par l'épine.

A la palpation, fausse fluctuation, consistance demi-molle, mobile par rapport aux plans voisins. En aucun point on n'éveille de la douleur. Nous pensons à une tumeur bénigne et portons le diagnostic de lipome.

La malade entre à l'hôpital le 9 juillet, et nous intervenons le lendemain même, sous anesthésie générale; une incision de 10 centimètres environ, menée d'un bout à l'autre de la tumeur et sur sa partie saillante, nous amène rapidement, non dans du tissu graisseux, mais sur le plan musculaire; notre impression est que nous nous trouvons en présence d'une tumeur kystique, et une ponction au bistouri du pôle supérieur donne issue à un liquide clair et à des hydatides; une dissection plus étroite de la partie inférieure de la tumeur nous révèle la présence d'un autre kyste uni par des tractus résistants au premier. Malheureusement, ce deuxième kyste crève, nous extrayons sa membrane hydatique et terminons assez rapidement la dissection de la membrane adventice.

Nous remarquons cependant l'adhérence étroite de la membrane avec le tissu musculaire. Les fibres musculaires sont raréfiées et étalées sur la tumeur; en certains points, elles présentent un degré marqué de myosite. Nous capitonnons la cavité restante par un surjet au catgut et fermons la paroi sans drainage, après avoir formolé la région.

Guérison par première intention, et la malade quitte l'hôpital le 18 juillet.

Observation XIX.

(Jean Bousquet, d'Alger.)

Kyste hydatique de la fosse sus-épineuse.

Le 26 avril 1925, Mlle G... (J.), 17 ans, se présente à ma consultation, se plaignant d'une grosseur située au-dessus de l'omoplate gauche et qu'elle sent se développer progressivement depuis sept à huit mois. Cette tumeur est quasi indolore, mais inquiète la malade au point de vue esthétique

A l'examen, on perçoit dans la fosse sus-épineuse gauche une tuméfaction, profonde, semblant bridée par les aponévroses musculaires, et très rénitente.

Sous anesthésie locale à la scurocaïne, une incision suivant l'axe de la loge sus-épineuse montre, après écartement des fibres du trapèze et ouverture de l'aponévrose du sus-épineux, une tumeur ovoïde de la grosseur d'un gros œuf de pigeon, dont le grand axe se confond avec celui du muscle. Elle est fluctuante, à aspect nacré, se trouve placée en plein muscle sus-épineux, dont elle se laisse énucléer facilement.

C'est un kyste hydatique contenant deux vésicules filles. Fermeture de la plaie au catgut et aux agrafes. Guérison *per primam*. Un examen clinique et radiologique aussi complet que possible de cette jeune malade ne montre aucune autre localisation hydatique.

Observation XX.

(Pigeon, d'Alger.)

Kyste hydatique du grand pectoral.

B... (B.), 2e classe, 19e bataillon du génie, hospitalisé le 9 mars 1923, présente au-dessous et en dehors du mamelon droit, dans l'épaisseur des faisceaux inférieurs du grand pectoral droit, une tumeur arrondie, rénitente, de la grosseur d'une mandarine de dimensions moyennes qui s'est développée lentement depuis plusieurs mois.

Le diagnostic de kyste hydatique est envisagé; le 12 mars, intervention, énucléation complète du kyste très adhérent aux fibres musculaires du grand pectoral dans l'intérieur desquelles il est inclus et dont il faut le séparer au bistouri et aux ciseaux. Réunion *per primam*. Guérison sans incidents. Le kyste était uniloculaire.

CONCLUSIONS

I. — Le kyste hydatique musculaire est rare. Mais lorsque les deux localisations habituelles, foie et poumons, ont été dépassées, on comprend que le muscle puisse être une localisation de choix de l'échinococcose du fait de sa riche vascularisation.

II. — Tous les muscles ne sont pas également atteints. On note surtout l'atteinte des muscles relativement volumineux et travailleurs, tels que ceux de la racine des membres, etc.

III. — Un traumatisme est assez souvent invoqué, mais il semble n'être jamais que l'occasion qui fait découvrir la tumeur.

IV. — La constatation de tumeur musculaire est généralement facile, mais sa nature hydatique n'est diagnostiquée qu'exceptionnellement, à cause de sa rareté. Si cette hypothèse vient à l'esprit, les réactions biologiques de l'échinococcose doivent être systématiquement recherchées.

V. — On voit assez souvent, dans les kystes hydatiques musculaires, des altérations trophiques et on observe aussi l'ensemencement postopératoire des parties voisines. Notre observation personnelle est un exemple curieux d'un kyste ayant subi une complète transformation d'ordre trophique

qui le rendait méconnaissable, et ayant été capable cependant de donner lieu à un ensemencement postopératoire sous forme de kystes typiques à liquide clair.

VI. — Le meilleur traitement est l'ablation en bloc, soit par décortication du kyste, soit par myectomie partielle; elle n'est applicable qu'aux muscles relativement superficiels. Pour les muscles trop profonds, l'incision après ponction formolée garde des indications.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
PIERRE MAURIAC.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
F. PAPIN.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 28 février 1936.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Observations utilisées.

Barón (A. G.) et Manzanos (G.). — Un cas de kyste hydatique du muscle psoas. *Archivos de medecina, cirugia y especialidades*, 15 mai 1935, p. 318-320.

Bernasconi et Pigeon. — Un cas de kyste hydatique du muscle psoas. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, t. XXIV, n° 2, août 1927.

Bertin (Jean). — Kystes hydatiques musculaires. *Marseille médical*, 1916-1917, t. III, p. 842-845.

Bouquet (Jean). — Trois cas de localisations rares de kystes hydatiques (kyste hydatique suppuré du grand droit). *L'Algérie médicale*, mai 1928, p. 314.

Bousquet (H.). — Kyste hydatique du grand adducteur de la cuisse droite, contenant un grand nombre de vésicules libres. Incision du kyste. Ablation de la poche. Guérison. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1911, p. 879-883.

Costantini. — Kyste hydatique du quadriceps crural. *Soc. de chir. d'Alger*, mai 1928.

Guyot et Jeanneney. — Les kystes hydatiques du sterno-cléido-mastoïdien. *Congrès franç. de chir.*, Paris, 1913, t. XXVI, p. 988-993.

Jauregui (P.), Monserrat (J. L.). — Contribution à l'étude des kystes hydatiques calcifiés. *Ann. d'anat. pathol.*, t. IX, avril 1932, p. 345-370.

Lasserre (Charles) et Laney (Pierre). — A propos de quelques cas de kystes hydatiques de la masse musculaire sacro-lombaire. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1923, t. III, p. 188-203.

Lombard (Pierre). — Echinococcose musculaire. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, févr. 1922, p. 58-59.

Loubat et Lartigaut. — Kystes hydatiques des muscles du dos. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1913, t. XLIII, p. 609.

Mandillon (Gabriel) et Goumain (André). — A propos d'un cas d'échinococcose primitive des muscles adducteurs de la cuisse. *Bordeaux chirurgical*, n° 3, juin 1935, p. 225-236.

Morard (G.). — Un cas de kyste hydatique de l'orbite. *Algérie médicale*, août 1935, p. 672.

Papin. — Observation inédite de kyste hydatique des muscles pectoraux.

Peraire (Maurice). — Un cas de kyste hydatique du biceps. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1912, t. XIV, p. 135-136.

Pheulpin (E.). — Kyste hydatique du grand pectoral droit. *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, 54, 8 déc. 1928, p. 1306-1308.

Picardi. — Sur un cas d'échinococcose des muscles de la région lombaire. *Il policlinico sez. prat.*, n° 14, 9 avril 1934, p. 533-535. Analyse in *Journal de chirurgie*, n° 2, févr. 1935.

Pigeon. — Quatre cas de localisations exceptionnelles de kystes hydatiques. *Algérie médicale*, mai 1928, p. 316-317.

Auteurs consultés.

Adler. — Multicystic échinococcosis. *Gyógyászat*, 73, 15 oct. 1933, p. 646-647.

Alessandri (R.). — Manuel de chirurgie, Pozzi, Rome, 1933.

Anderson (Charles). — Biologie expérimentale de l'échinocoque. *Algérie médicale*, juill. 1935.

Barnett. — Hydatid thrill. Its rarity. Physical explanation and diagnostic value. *The New Zeeland medical Journal*, Wellington, oct. 1924.

Beauchamp (Joseph). — Contribution à l'étude du diagnostic des kystes hydatiques musculaires. Thèse Montpellier, 1908-1909.

Bec-Tarsasson. — Kyste hydatique des muscles de la paroi abdominale, *Bull. et mém. de la Soc. de méd. de Vaucluse*, Avignon, 1912, VIII, p. 18-20.

Bégouin. — Précis de pathologie chirurgicale. Masson, 1928.

Bengolia et Suarez. — *La Pressa medica Argentina*, n° 5, 20 juill. 1926.

Bolognesi. — Kyste échinococcique du muscle psoas. *Zentr. f. Chir.*, 15 juin 1935.

Capua. — Su di un caso di cisticercosi dei muscoli. *Il policlinico sez prat.*, 39, 8 août 1932, p. 1240-1244.

Calandreau. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques musculaires. Thèse Bordeaux, 1918-1919.

Carmona. — Un cas de kyste hydatique du grand pectoral. *L'Osservatore Medico* (Catane), juin 1931.

Colombet. — A propos des kystes hydatiques des muscles. *Bull. et mém. de la Soc. méd. de Paris*, 1924.

Delgado (R.) et Remuñan (R.). — Hidatosis muscular. *Rev. Med. del Rosario*, 25, janv. 1935, p. 51-54.

Dévé. — L'infiltration échinococcique extra-osseuse diffuse dans l'échinococcose osseuse. *C. R. des séances de la Soc. de biol.*, t. CVII, séance 20 juin 1931.

— La décortication des kystes hydatiques des muscles. *Rev. de chir.*, 1926, p. 651-652.

— Valeur diagnostique du frémissement hydatique. Soc. de méd. de Rouen, 13 mars 1922.

Dekester et Martin. — Les kystes hydatiques au Maroc. *Maroc médical*, 15 juill. 1922, n° 9, p. 319.

Dor. — Kyste hydatique des muscles fessiers, consécutifs à la morsure d'un chien. *Bull. de la Soc. de chir. de Marseille*, nov. 1935.

Fanuzzi. — *Il policlinico Sez. Quir.*, v. 34, c., 1927.

Gabrielle. — Kyste hydatique inclus dans le muscle diaphragme. Soc. de chir. de Lyon, in *Lyon Chirurgical*, t. XXIV, n° 6, 3 août 1927, p. 688.

Gutierrez. — Consideraciones sobre un caso de quiste hidadidico de la region lumbo illiaca. *Dia medical*, 3 août 1931.

Henry-Cesari. — Kystes hydatiques multiples de la région dorsale chez le cheval. *Rec. de méd. vétér., Paris*, 1911, LXXXVIII, p. 316-318.

Kaufmann. — Anatomie pathologique. Traduction Vallardi. Milan, 1925-1928.

Kuttner-Landois. — *Deutsche, chir.*, 25, a, 1913.

Lazarraga. — Formes et localisations inhabituelles des kystes hydatiques. *Rev. méd. Malaga*, 12, déc. 1934, p. 545-551.

Lecène. — Cysticerque du muscle masseter. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1911, LXXXVI, p. 290.

Lemaire. — Biologie expérimentale de l'échinocoque, *Algérie médicale*, juill. 1935.

Leyro Diaz. — Quiste hidatico del adductor mediano. *Semana med. Buenos-Ayres*, 1924, XXXI, p. 642-645.

Martin et Arnaud. — L'échinococcose humaine. *Algérie médicale*, août 1935.

Martinet. — Diagnostic clinique. Masson, 1922.

Mtrarelidze. — Echinococcus of muscles case. *Vrach dielo*, 12, 15 avril 1929, p. 480-491.

Petta. — *Il policlinico Sez. Quir.*, juill. 1931.

Pluyette. — Kyste hydatique du muscle triceps. Soc. méd.-chir. de la XV^e^ région, 5 oct. 1916.

Regoli. — *Il policlinico Sez. Prat.*, 1924, Rome, XXXI, p. 1132-1134.

Rudenko. — Un cas d'échinocoque musculaire. *Westnik Chirourgun*, 1934, p. 103-104.

Solé (R.), Donovan, Pastoriza (R. E.). — Hidatosis primitiva de musculos, *Rev. de cir.*, 9, mai 1930, p. 225-230.

Soljeri. — Contribution au diagnostic de l'échinococcose musculaire. *Archivio Internat. di med. e. cirurgia*, XIX^e^ année, fasc. 1.

Tagliavache. — Quistes hidaticos de los musclos. *Prensa medica Argentina*, Buenos-Ayres, 1926, XII, p. 711-718.

Tassi. — Rassegna internaz. di clin. e. terap., 14, 15 juill. 1933, p. 641-649.

Testut. — Anatomie humaine.

Thillier (R.), Goinard et Le Genissel. — Etude radiologique de l'hydatose. *L'Algérie médicale*, juill. 1935.

Toole. — Un cas de kyste hydatique des muscles fessiers consécutif à la morsure d'un chien. *Archiv. f. Klin. Chir.*, Athènes, nov. 1935.

Vernet. — Un cas de kyste hydatique des adducteurs. *Marseille médical*, 1901.

Villegas (Rodriguez). — *Revista de cirugia de Buenos-Ayres*, n° 5, oct. 1925.

19.496. — Bordeaux. Imprimerie Delmas, 6, place Saint-Christoly. — 1936.